

SVEUČILIŠTE U RIJECI
UČITELJSKI FAKULTET U RIJECI

Kristina Babić Milih
Odgajateljska percepcija pružanja podrške roditeljima u zaštiti
mentalnog zdravlja djece
DIPLOMSKI RAD

Rijeka, 2019.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
UČITELJSKI FAKULTET U RIJECI
Diplomski sveučilišni studij Rani i predškolski odgoj i obrazovanje

**Odgajateljska percepcija pružanja podrške roditeljima u zaštiti
mentalnog zdravlja djece**
DIPLOMSKI RAD

Predmet: Savjetovanje

Mentor: izv.prof.dr.sc. Sanja Skočić Mihić

Student: Kristina Babić Milih

Matični broj: 0115033188

**U Rijeci,
rujan 2019.**

ZAHVALA

Zahvalna sam svima koji su me pratili na ovom putu, onima koji su me ohrabriali, ali i onima koji su me kritizirali. Oni su možda bili moji najveći učitelji. Zahvalna sam na svim iskustvima koja su me ovdje dovela.

Hvala mojoj obitelji što su unatoč svojim obavezama bili tu za mene, izdvajali svoje dragocjeno vrijeme da mi olakšaju ovaj put i bodrili me kada bi naizgled postajalo teško.

Hvala mojim curama koje su strpljivo čekale da mama napiše „taj svoj rad“ i „tu svoju zadaću“ pa da možemo u nove životne avanture.

Hvala mom suprugu koji se trudio da mi pomogne pa makar to značilo da izađe iz kuće.

Hvala dragoj profesorici Sanji Skočić Mihić na mentorstvu koje mogu opisati kao nesebično dijeljenje znanja i odvajanje vremena čak i kada su okolnosti po svoj prilici trebale raditi protiv mene.

Hvala dragoj prijateljici Martini koja me hrabrila i ustupila svoje računalo kada su se sva druga pokvarila (a bilo ih je) i svim dragim prijateljicama i prijateljima koji su mi svojim riječima ohrabrenja davali snagu.

Hvala svoj djeci i svim anđelima mog života i onima koji će tek doći.

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da sam diplomski rad izradila samostalno, uz preporuke i savjetovanje s mentorom. U izradi rada pridržavala sam se Uputa za izradu diplomskog rada i poštivala odredbe Etičkog kodeksa za studente/studentice Sveučilišta u Rijeci o akademskom poštenju.

SAŽETAK

Važnost ustanove ranog i predškolskog odgoja u životu roditelja i djece s teškoćama mentalnog zdravlja ogleda se u njezinom stalnom nastojanju da poboljša i unaprijedi kvalitetu odgojno-obrazovnog procesa. Da bi taj odgojno-obrazovni proces djelovao preventivno u kontekstu očuvanja mentalnog zdravlja djece i osigurao adekvatnu pomoć kada su teškoće mentalnog zdravlja prisutne, važno je da su odgajatelji kompetentni i educirani i da imaju podršku stručnjaka. Cilj rada bio je utvrditi percepciju odgajatelja o razini promocije i zaštite mentalnog zdravlja djece, zdravstvene pismenosti, radnom iskustvu s djecom koja pokazuju određene teškoće mentalnog zdravlja te podršci koju dobivaju od strane stručnog tima i koju oni sami osiguravaju roditeljima i djeci. Istraživanje je provedeno korištenjem mješovitog pristupa i to na uzorku od 15 odgajatelja sa područja Primorsko-goranske, Istarske i Zagrebačke županije. U cilju dobivanja dubljeg uvida u problematiku u kvantitativnom dijelu istraživanja korišten je upitnik, a u kvalitativnom polustrukturirani intervju. Utvrđeno je da većina odgajatelja ima iskustva u radu s djecom s teškoćama u razvoju, ali postoji potreba za sustavnijom edukacijom na temu teškoća mentalnog zdravlja djece i podrškom stručnog tima.

Ključne riječi: mentalno zdravlje, djeca s teškoćama mentalnog zdravlja, promocija i zaštita mentalnog zdravlja, odgajatelji, roditelji, podrška, mješoviti pristup istraživanju

ABSTRACT

The importance of institution for early and preschool education in the lives of parents and children with mental health problems is reflected in its ongoing effort to improve and enhance the quality of the educational process. For this educational process to act preventively in the context of maintaining the mental health of children and to provide adequate assistance when mental health difficulties are present, it is important that educators are competent and educated and have the support of professionals. The aim of the paper was to determine the educators' perceptions of the level of promotion and protection of children's mental health, health literacy, work experience with children who show certain mental health problems, and the support they receive from the professional team which they then provide to parents and children. The study was conducted using a mixed approach on a sample of 15 educators from Rijeka, Kastav, Istria and Zagreb. In the quantitative part of the research, in order to gain a deeper insight into the issues, a questionnaire was used and in a qualitative part of the research semi-structured interview was used. Most educators have been found to have experience working with children with disabilities, but there is a need for more systematic education on children's mental health issues and the support of a professional team.

Keywords: mental health, children with mental health problems, promotion and protection of mental health, educators, parents, support, mixed approach

SADRŽAJ

1. UVOD	2
1.1. Mentalno zdravlje djece.....	3
1.1.1. Teškoće mentalnog zdravlja	6
1.2. Promocija i zaštita mentalnog zdravlja djece.....	10
1.2.1. Zaštitni i rizični čimbenici u razvoju teškoća mentalnog zdravlja	12
1.3. Prevencija i zaštita mentalnog zdravlja u ustanovama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja	13
1.3.1. Uloga odgajatelja u prevenciji teškoća mentalnog zdravlja djece	15
1.3.2. Zdravstvena pismenost odgojno-obrazovnih djelatnika na području mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi.....	18
1.3.3. Suradnja i partnerstvo s roditeljima	21
2. CILJ ISTRAŽIVANJA.....	24
3. METODA ISTRAŽIVANJA.....	25
3.1. Uzorak ispitanika.....	28
3.2. Mjerni instrument	29
3.3. Način provođenja istraživanja.....	30
3.4. Metode obrade podataka.....	31
4. REZULTATI I RASPRAVA.....	32
4.1. Kvantitativni dio istraživanja.....	32
4.1.1. Educiranost odgajatelja u području mentalnog zdravlja	32
4.1.2. Iskustvo rada s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja.....	34
4.1.3. Skala promocije i zaštite mentalnog zdravlja djece.....	36
4.2. Kvalitativni dio istraživanja	39
4.2.1. Definicija mentalnog zdravlja	39
4.2.2. Pojam zaštite mentalnog zdravlja	41
4.2.3. Teškoće mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi	44
4.2.4. Uloga odgajatelja u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi.....	45
4.2.5. Uloga odgajatelja u pružanju podrške djeci i roditeljima u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja	52
5. ZAKLJUČAK.....	58
6. LITERATURA	61
7. PRILOZI.....	67

1. UVOD

Kako odgajatelj može pružiti podršku djeci i roditeljima u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece? Tri su ključna faktora prilikom odgovora na to pitanje – razina zdravstvene pismenosti i osposobljenosti odgajatelja na području mentalnog zdravlja, prevencija i zaštita mentalnog zdravlja unutar ustanove ranog i predškolskog odgoja i razina kvalitete suradnje s roditeljima i stručnjacima. Kroz te faktore nastoji se ukazati na trenutno stanje u ustanovama ranog i predškolskog obrazovanja i postojeću razinu svijesti te podići istu u smjeru odgovornosti odgajatelja kao i odgovornosti ustanove za dobrobit djece, njihov pravilan rast i razvoj te prevenciju i zaštitu potencijalnih teškoća mentalnog zdravlja.

U kontekstu ustanove ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja pomoć se prvenstveno očekuje od odgajatelja što podrazumijeva ili mora podrazumijevati njegovu stručnost i kvalitetnu suradnju sa stručnjacima na tom polju. Rad odgajatelja reguliran je i opisan raznim dokumentima koji se spominju unutar *Nacionalnog kurikulumu za rani i predškolski odgoj i obrazovanje* pa će prema *Programskom usmjerenju odgoja i obrazovanja djece predškolske dobi* (1991:24) odgajatelj poboljšati uvjete razvoja i odgoja djeteta s teškoćama ako bude surađivao s roditeljima i stručnim suradnicima u vrtiću i izvan njega. Prema samom *Nacionalnom kurikulumu za rani i predškolski odgoj i obrazovanje* (2014:16) odgajatelj treba kontinuirano istraživati i unapređivati kvalitetu odgojno-obrazovnog procesa. K tome, odgajatelj mora biti educiran i zdravstveno pismen, odnosno mora poznavati osnovna obilježja i pokazatelje problema (Muslić i sur., 2015:34).

Teorijska struktura rada otvara dimenzije mentalnog zdravlja počevši od njezina definiranja, osvrta na teškoće mentalnog zdravlja unutar predškolske ustanove, promocije, prevencije i zaštite mentalnog zdravlja te uloge odgajatelja i njegove razine zdravstvene pismenosti u suradnji odnosno partnerstvu s roditeljima i pružanju podrške djeci i roditeljima. U empirijskom dijelu rada mješoviti istraživački pristup korišten je u svrhu dobivanja detaljnijeg uvida u percepciju osposobljenosti i

kompetencija odgajatelja, razinu podrške odgajatelja koju on dobiva od stručnih suradnika iz čega zatim proizlazi razina kvalitete njegove podrške djeci i roditeljima u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja.

1.1. Mentalno zdravlje djece

U *Nacionalnoj strategiji zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine* (2010) stoji da mentalno zdravlje ima važnu ulogu za život čovjeka i razvoj društva. U priručniku za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja* (2012) navodi se da je mentalno zdravlje dio našeg zdravlja. U prilog tome Kuzman (2012:23) opisuje mentalno zdravlje referirajući se na Svjetsku zdravstvenu organizaciju (SZO) kao stanje blagostanja u kojoj osoba ostvaruje svoje potencijale, nosi se sa stresom, produktivni je član zajednice kojoj ujedno i doprinosi te govori da ono podrazumijeva „*dobru mentalnu sposobnost i osjećanje više nego samo odsutstvo bolesti*“. Krizmanić (2005, prema Brlas i Gulin, 2010:18) mentalno zdravlje definira kao „*...stanje općenito dobre čuvstvene i socijalne prilagodbe u različitim područjima života. Mentalno zdrava osoba je zadovoljna, rado živi i ima osjećaj da uspješno koristi svoje potencijale i ostvaruje svoje ciljeve*“. Mentalno zdravlje tako postaje temeljem „*djelotvornog funkcioniranja za pojedinca i zajednicu*“ (Kuzman, 2012:22). Kuzman (2012:22) dodaje da „*taj ključni koncept mentalnog zdravlja konzistentan je i u različitim inačicama interpretacije kulturološki različitih sredina*“. Drugim riječima, ono je ključno za razvoj i održanje dobrobiti pojedinca, a time i društva. Stoga je problematika mentalnog zdravlja općenito vrlo prisutna u tekovinama modernog društva i suvremenih zbivanja. *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020.* (2012) posvećuje jedno poglavlje mentalnom zdravlju u Hrvatskoj u kojem se navodi da mentalni poremećaji čine 7% ukupnog bolničkog pobola. U zemljama Europske unije od 2010. do 2016. godine stopa populacije sa pojavom različitih oblika mentalnih poremećaja porasla je sa 27,4% na 38,2% (Wittchen i Jacobi, 2005, prema Antolić i Novak, 2016).

Za djecu predškolske dobi važno je pratiti tjelesni, motorički, kognitivni, jezični i socio-emocionalni razvoj. Tjelesni razvoj podrazumijeva svrhovito korištenje vlastitog tijela za kretanje i manipulaciju predmetima. U ranom djetinjstvu uz tjelesni razvoj sve razvijenije postaje kognitivno funkcioniranje i motorika (Pernar i Frančišković, 2008). Motorički razvoj podrazumijeva motoričke funkcije koje su važne za osjećaj prostora i vremena (Pernar i Frančišković, 2008). Kognitivni razvoj odnosi se na djetetovo shvaćanje svijeta, na koji način on razumije i sebi prilagođava svijet oko sebe. Dijete može stvarati predodžbe i za takve mentalne procese važno je da bude u aktivnoj interakciji s okolinom (Pernar i Frančišković, 2008). Jezični razvoj odnosi se na govor i slušanje, na simboličko i aktivno priopćavanje svojih misli te znanja, osjećaja i potreba. Socio-emocionalni razvoj podrazumijeva odnos prema sebi i drugima u svojoj okolini, a u tom kontekstu dijete se uči izražavati i prepoznavati svoje emocije čime stupa u složeni odnos s okolinom (Pernar i Frančišković, 2008). Starc i suradnici (2004) će reći da je razvoj slijed promjena u osobinama, sposobnostima i ponašanju djeteta zbog kojih se ono mijenja, postaje veće, spretnije, sposobnije, društvenije i prilagodljivije. Ljubešić (1999:35, prema Brlas i Gulin, 2010) govori *„kako su sve razvojne domene međusobno povezane i pitanja kognitivnog i motoričkog razvoja male djece ne izuzimaju se iz slike o njihovom mentalnom zdravlju. Pri tom fokus nije isključivo na djetetu nego na djetetu u kontekstu, a razvojna faza u kojoj se stvara, unaprjeđuje ili ugrožava mentalno zdravlje male djece njihovi su odnosi s bliskim osobama, dakako najčešće roditeljima.“*

Mentalno zdravlje djece kao najosjetljivije skupine u društvu, uvelike ovisi o utjecaju odraslih osoba uključenih u njegov rast i razvoj. U *Nacionalnom kurikulumu za rani i predškolski odgoj i obrazovanje* (2014) ističe se važnost roditelja odnosno općenito odraslih u rastu i razvoju djece. U istom dokumentu (2014:10) stoji da je djetinjstvo *„proces socijalne konstrukcije, koji djeca i odrasli zajednički izgrađuju“*. Kako bi taj proces bio što kvalitetniji, nužna je suradnja svih odraslih uključenih u život djeteta kako bi se ostvarili ciljevi koji teže *„osiguranju dobrobiti za dijete, poticanju cjelovitog razvoja, odgoja i učenja djece te razvoja kompetencija,*

ostvarivanju prava djece na jednake šanse, tj. ostvarivanju jednakih prava za sve“ (Nacionalni kurikulum za rani i predškolski odgoj i obrazovanje, 2014:32).

Utjecaj na mentalno zdravlje djece prvenstveno vrše njegovi roditelji jer se ona rađaju u svakom pogledu ovisna o roditeljskoj skrbi. Roditeljska skrb *„utječe na tjelesni i psihički razvoj djeteta.(...) Zato su roditelji ne samo čuvari djetetovog tjelesnog i mentalnog zdravlja, nego i njegovi sustvaratelji, a u određenim ga okolnostima oni mogu i ugrožavati*“ (Ljubešić, 2012:76). Skrb se odnosi na odgoj, poticanje usvajanja osnovnih životnih vrijednosti, postavljanje granica u ponašanju i slično, a važan je stav roditelja prema djetetu. *„To kako se roditelji odnose prema djetetu mnogo je značajnije, od toga tko su*“ (Sammons, 2010:95). Brazelton i Grenspan (2000, prema Ljubešić, 2012:79-80) navode temeljne potrebe djece: *„(1) potreba za toplim i podržavajućim odnosom bitnija je za emocionalni i intelektualni razvoj od ranog kognitivnog treninga ili edukativnih igara, (2) potreba za zaštitom, sigurnošću i regulacijom koja je zadovoljena ako djetetova okolina učinkovito štiti dijete od tjelesnih ozljeda, toksičnih djelovanja i/ili nasilja, (3) potreba za stjecanjem iskustva prilagođenog individualnim potrebama djeteta*“ čime se priznaje djetetova jedinstvenost i pravo na usvajanje znanja njegovim vlastitim tempom, (4) *„potreba za razvojno primjerenim iskustvima*“ koja će biti zadovoljena ako se razumije da se djeca mijenjaju iz dana u dan i ako su ona prilagođena njihovom razvojnem stupnju, (5) *„potreba za strukturom i granicama*“ koja, kada je zadovoljena, omogućava da djetetu okolina postane predvidiva i jasnija te da ono kanalizira agresiju i smireno rješava probleme, (6) *„ potreba za stabilnom i podupirućom zajednicom i kulturalnim kontinuitetom*“ koja je važna da se dijete osjeća dijelom zajednice i sigurno u toj zajednici te (7) *„zaštita budućnosti*“ kao temeljna potreba koja ovisi o zdravoj okolini i suradnji među ljudima.

Iz ovih temeljnih potreba djece, osim neupitnog utjecaja roditelja na mentalno zdravlje djece, proizlazi i važnost svih ostalih odraslih osoba uključenih u život djeteta pa tako i odgajatelja. Ljubešić (2012) će reći da sve ono što vrijedi za odnos roditelj-dijete u kontekstu uvažavanja njegovih osnovnih potreba, vrijedi i za odnos odgajatelj-dijete. Rusijan Ljuština (2012:94) govori kako dijete u ustanovi za rani i predškolski odgoj i obrazovanje u brizi za mentalno zdravlje dobiva *„stalan i trajan*

institucionalni okvir“. Odgajatelji su ti koji djeci kompenziraju odgojnu ulogu zaposlenih roditelja, zadovoljavaju potrebu za socijalizacijom s vršnjacima kao i pripadnicima ostalih dobnih skupina utječući tako na njihovo mentalno zdravlje. Ljubešić (1999, prema Brlas i Gulin, 2010:38) govori da upravo odgajatelji sve češće uočavaju razvojne poteškoće kod djece i na to roditeljima skreću pažnju radeći u prilog očuvanju mentalnog zdravlja djece.

1.1.1. Teškoće mentalnog zdravlja

Klasifikacije teškoća mentalnog zdravlja možemo pronaći u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (International classification of disorders-ICD) odnosno MKB-10 iz 2008. godine te klasifikaciji američkog udruženja psihijatara pod nazivom Dijagnostičko-statistički priručnik (Diagnostic Statistical Manual) u najnovijoj verziji DSM-5 iz 2011. godine. Arbanas (2014) tvrdi da su DSM i MKB najvažniji klasifikacijski sustavi psihičkih bolesti i poremećaja. Osim toga, DSM-5 u svoju kategorizaciju uklapa i Achenbachove konstrukte eksternaliziranih i internaliziranih problema koje je autor utvrdio „*analizom subskala povlačenja, somatskih poteškoća, anksioznosti/depresije, socijalnih problema, problema mišljenja, problema pozornosti, delikventnog ponašanja te agresivnosti. Pri tome eksternalizirane, tzv. aktivne probleme u ponašanju obilježava nedovoljno kontrolirano te prema drugima usmjereno ponašanje. Autor u ovu skupinu problema ubraja subskale delikventnog ponašanja te agresivnosti - impulzivnost, hiperaktivnost, nepažnju, neposlušnost, suprotstavljanje, nepokornost, negativističko ponašanje, agresivnost, destruktivnost te delikvenciju.*“ (Achenbach, 1991, prema Mihić i Bašić, 2008). Internalizirane probleme čine „*subskale: povlačenje, somatske poteškoće i anksioznost/depresija,...*“ (Novak i Bašić, 2008:475). Oni se odnose „*na ponašanja koja su pretjerano kontrolirajuća i usmjerena su prema sebi (npr. simptomi depresije i anksioznosti, povlačenje i zatvaranje u sebe, beživotnost*“ (Novak i Bašić, 2008:476). Koller-Trbović (2008) navodi rezultate longitudinalnih istraživanja raznih autora iz kojih

također proizlazi već spomenuta Achenbachova podjela poremećaja u ponašanju na eksternalizirana i internalizirana ponašanja. „*Kod eksternaliziranog ponašanja radi se o nedovoljnoj kontroli ponašanja i usmjerenosti prema drugima, dok se kod internaliziranog ponašanja radi o ponašanju koje je pretjerano kontrolirano i usmjereno prema sebi. U eksternalizirana ponašanja autori ubrajaju: hiperaktivnost, impulzivnost, nepažnju, neposlušnost, suprotstavljanje, nepokornost, negativističko ponašanje, agresivnost, destruktivnost, delinkventnost. U internalizirana ponašanja najčešće se ubrajaju: anksioznost, strah, sram, tuga, slabo samopoštovanje, depresija, povučenost i somatske teškoće*“ (Koller-Trbović, 2008:54).

MKB-10 u petom poglavlju pod nazivom *Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja* navodi „*F80-F89 Poremećaji psihološkog razvoja F90-F98 Poremećaji u ponašanju i osjećajima koji se pojavljuju u djetinjstvu i u adolescenciji F99 Nespecificirani mentalni poremećaj*“ (MKB-10, 2008:38). Unutar poglavlja o poremećajima psihološkog razvoja nalazimo specifične poremećaje razvoja govora i jezika (poremećaji izgovora, sricanja, razumijevanja govora, stečenu afaziju s epilepsijom te ostale poremećaje razvoja govora i govornog jezika i nespecificirane poremećaje razvoja govora i govornog jezika), specifične razvojne poremećaje školskih vještina (poremećaj čitanja, sricanja, poremećaj u vještini računanja, mješoviti poremećaj školskih vještina, ostali razvojni poremećaji vještina učenja i studiranja te nespecificirani poremećaj razvoja vještina učenja i studiranja), specifični poremećaj razvoja motoričkih funkcija, specifični miješani razvojni poremećaji, pervazivni razvojni poremećaji (autizam u djetinjstvu, atipični autizam, Rettov sindrom, drugi dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu, poremećaj hiperaktivnosti povezan s mentalnom zaostalošću i stereotipnim kretnjama, Aspergerov sindrom, ostali pervazivni razvojni poremećaji, pervazivni razvojni poremećaji, nespecificirani), ostali poremećaji psihološkog razvoja te nespecificirani poremećaj psihološkog razvoja (MKB-10, 2008).

Unutar poglavlja o poremećajima u ponašanju i osjećajima koji se pojavljuju u djetinjstvu i adolescenciji nalazimo hiperkinetičke poremećaje (poremećaji aktivnosti i pažljivost, hiperkinetički poremećaj ponašanja, ostali hiperkinetički poremećaji te neoznačeni hiperkinetički poremećaji), poremećaje ponašanja

(poremećaji ponašanja ograničeni na obitelj, nesocijalizirani poremećaj ponašanja, socijalizirani poremećaj ponašanja, poremećaj ponašanja sa suprotstavljanjem i prkošenjem, ostali poremećaji ponašanja te nespecificirane poremećaje ponašanja), mješoviti poremećaji ponašanja i osjećaja (poremećaji depresivna tipa, ostali mješoviti poremećaji ponašanja i emocija, mješoviti poremećaji ophođenja i osjećaja, nespecificirani), emocionalni poremećaji s početkom specifično u djetinjstvu (anksioznost zbog odvajanja u djetinjstvu, fobično-anksiozni poremećaj u djetinjstvu, socijalno-anksiozni poremećaj u djetinjstvu, rivalitet između braće i sestara, ostali emocionalni poremećaji u djetinjstvu, nespecificirani emocionalni poremećaji u djetinjstvu), poremećaji u socijalnom funkcioniranju s početkom specifičnim za djetinjstvo ili adolescenciju (elektivni mutizam, reaktivni emocionalni poremećaj u djetinjstvu, poremećaj neinhibiranosti u djetinjstvu, ostali poremećaji socijalnog funkcioniranja u djetinjstvu, nespecificirani poremećaji socijalnog funkcioniranja u djetinjstvu), poremećaj s tikom (prolazni tik, kronični motorički ili glasovni tikovi, kombinirani glasovni i višestruki motorički tikovi (de la Touretteov sindrom), ostali tikovi, nespecificirani tikovi, ostali poremećaji ponašanja i osjećanja koji se obično pojavljuju u djetinjstvu i adolescenciji (neorganska enureza, neorganska enkopreza, poremećaj uzimanja hrane u dojenačkoj dobi i djetinjstvu, nastrani apetit u dojenačkoj dobi i djetinjstvu (pika), poremećaji sa stereotipnim pokretima, mucanje, cluttering, ostali označeni poremećaji ponašanja i osjećaja s pojavljivanjem obično u djetinjstvu i adolescenciji, neoznačeni poremećaji ponašanja i osjećaja s pojavljivanjem obično u djetinjstvu i adolescenciji). Unutar poglavlja o nespecificiranim mentalnim poremećajima nalazimo mentalne poremećaje nesvrstane drugamo (MKB-10, 2008).

DSM-5 jasno „*određuje kriterije za dijagnostiku za svaki prepoznati poremećaj mentalnog zdravlja i nudi sistematski i pouzdan pristup dijagnozi*“¹. Dosadašnje poglavlje u DSM-IV pod nazivom *Poremećaji koji se obično prvo pojavljuju u dojenačkoj dobi, djetinjstvu ili adolescenciji* zamijenjeno je u DSM-5

¹https://www.gov.nl.ca/eecd/files/k12_studentsupportservices_prolearn_pdf_pl_guidance_psych.pdf (1.08.2019.)

pod nazivom *Neurorazvojni poremećaji* te kao takve navodi intelektualne teškoće (u prošloj verziji, DSM-IV, naziv za intelektualne teškoće je bio mentalna retardacija), poremećaje komunikacije, poremećaje iz spektra autizma, poremećaje pažnje i hiperaktivnosti, specifične poremećaje učenja i poremećaje motorike i koordinacije.

Programsko usmjerenje odgoja i obrazovanja predškolske djece (1991:13-14) koje je napisano prije 30-tak godina, posebne potrebe djeteta klasificiralo je u 3 kategorije, koje se u suvremenim klasifikacijama posebnih potreba više ne nalaze. Dijeli ih na (1) „*potencijalne posebne potrebe*“, a odnose se na tzv. rizične faktore kao što su prenatalni, perinatalni i postnatalni rizici ili nepovoljne okolinske uvjete kao što su nepotpuna obitelj, bolest u obitelji i slično, (2) „*prolazne posebne potrebe*“ koje može imati svako dijete zbog očekivanih razvojno prirodnih raskoraka ili traumatizirajućih događaja u njegovu životu kao što je to smrt u obitelji, rođenje sestre ili brata, boravak djeteta ili roditelja u bolnici, polazak u vrtić, školu i slično, (3) „*trajnije posebne potrebe*“ koje se odnose na djecu s teškoćama u razvoju, a to su „*urođena ili stečena stanja organizma koja prema svojoj prirodi zahtijevaju poseban stručni pristup kako bi se omogućilo izražavanje i razvoj sačuvanih sposobnosti djeteta i time što kvalitetniji daljnji odgoj i život.*“

U području ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja teškoće u razvoju klasificiraju se prema Državnom pedagoškom standardu predškolskog odgoja i naobrazbe (2008, čl.4 St. 2, 3 i 4) te se „*djecom s teškoćama u razvoju smatraju se: djeca s oštećenjem vida, djeca s oštećenjem sluha, djeca s poremećajima govorno-glasovne komunikacije, djeca s promjenama u osobnosti uvjetovanim organskim čimbenicima ili psihozom, djeca s poremećajima u ponašanju, djeca s motoričkim oštećenjima, djeca sniženih intelektualnih sposobnosti, djeca s autizmom, djeca s višestrukim teškoćama, djeca sa zdravstvenim teškoćama i neurološkim oštećenjima (dijabetes, astma, bolesti srca, alergije, epilepsija i slično). Lakšim teškoćama u razvoju djece smatraju se: slabovidnost, nagluhost, otežana glasovno-govorna komunikacija, promjene u osobnosti djeteta uvjetovane organskim čimbenicima ili psihozom, poremećaji u ponašanju i neurotske smetnje (agresivnost, hipermotoričnost, poremećaji hranjenja, enureza, enkompreza, respiratorne afektivne krize), motorička oštećenja (djelomična pokretljivost bez pomoći druge*

osobe), djeca sa smanjenim intelektualnim sposobnostima (laka mentalna retardacija). Težim teškoćama u razvoju djece smatraju se: sljepoća, gluhoća, potpuni izostanak govorne komunikacije, motorička oštećenja (mogućnost kretanja uz obveznu pomoć druge osobe ili elektromotornog pomagala), djeca značajno sniženih intelektualnih sposobnosti, autizam, višestruke teškoće (bilo koja kombinacija navedenih težih teškoća, međusobne kombinacije lakših teškoća ili bilo koja lakša teškoća u kombinaciji s lakom mentalnom retardacijom).“

Konvencija UN-a o pravima djeteta (1989) navodi da dijete s teškoćama ima pravo na harmoničan, ispunjen život pod uvjetima koji podupiru njegovu dobrobit i omogućuju pun razvoj njegovih potencijala. Dijete s teškoćama ima pravo na posebnu skrb i njegovim roditeljima ili skrbnicima osigurat će se neophodna pomoć kada ju zatraže te će dobiti odgovarajuću i potrebnu potporu za kvalitetan odgoj svoje djece.

1.2. Promocija i zaštita mentalnog zdravlja djece

Barry (2007, prema Antolić i Novak, 2016:324) navodi kako promovirati zdravlje i mentalno zdravlje predstavlja sastavnicu svakodnevnice i područja na kojima svakodnevno provodimo vrijeme kao što je to odgojno-obrazovna ustanova, dom, radno mjesto i zajednica te zaključuju kako su to „*ujedno i mjesta na kojima se takva promocija treba provoditi.*“

Boričević Maršanić i suradnici (2017:170) navode kako promocija mentalnog zdravlja podrazumijeva niz aktivnosti kojima je cilj „*podizanje svjesnosti o važnosti mentalnog zdravlja kao dijela općega zdravlja, unaprjeđenju mentalnog zdravlja jačanjem zaštitnih čimbenika i smanjivanjem čimbenika koji mu štete te razumijevanju problema mentalnog zdravlja i duševnih/mentalnih poremećaja.* Učinkovite mjere promocije rezultiraju boljom kvalitetom života, boljim socijalnim

funkcioniranjem, smanjenjem ljudske patnje i nižom incidencijom i prevalencijom duševnih/mentalnih poremećaja.“

Europska unija mentalno zdravlje također smatra važnim pa je 2008. godine prihvaćen *Europski pakt za mentalno zdravlje i dobrobit* (European Pact for Mental Health and Well-being) čiji su ciljevi promoviranje „*značaja mentalnog zdravlja za javno zdravstvo, produktivnost, učenje i društvenu koheziju u Uniji*“ (Gligora, 2012:41). Pakt sadrži pet područja koja obuhvaćaju planiranje aktivnosti i to „(1) *prevencija samoubojstava i depresije* (2) *mentalno zdravlje u mladosti i obrazovanju* (3) *mentalno zdravlje na radnom mjestu* (4) *mentalno zdravlje starijih osoba* (5) *suprotstavljanje stigmi i socijalnoj isključenosti*“ (Gligora, 2012:42).

Republika Hrvatska također uviđa važnost zaštite mentalnog zdravlja pa 16. rujna 2010. godine na 79. sjednici Vlade usvaja *Nacionalnu strategiju zaštite mentalnog zdravlja* čija su područja djelovanja usmjerena na „(1) *unaprjeđenje mentalnog zdravlja u općoj populaciji*, (2) *unaprjeđenje mentalnog zdravlja u dobno specifičnim i vulnerabilnim populacijama*, (3) *unaprjeđenje mentalnog zdravlja na radnom mjestu*, (4) *prevenciju, liječenje i rehabilitaciju duševnih poremećaja*, (5) *zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici*, te (6) *suradnju s drugim sektorima, razmjeni informacija i znanja te istraživanju*“ (Gligora, 2012:42).

Božičević i suradnici (2011:13) navode kako je uvođenjem Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08) zaštita mentalnog zdravlja po prvi puta „*kod nas u sustavu zdravstva definirana kao zasebna djelatnost na razini primarne zdravstvene zaštite.*“ Tada se 2003. godine formalno osniva Hrvatski zavod za mentalno zdravlje (HZMZ), međutim Novak i Petek (2015) tvrde da prema dostupnim podacima on nikad nije bio aktivan. Božičević i suradnici (2011) dalje napominju kako je djelatnost raspoređena na različite službe pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo i županijskim zavodima za javno zdravstvo, što skrb o mentalnom zdravlju čini dostupnijom i djelotvornijom nego ikada ranije.

1.2.1. Zaštitni i rizični čimbenici u razvoju teškoća mentalnog zdravlja

Rizični čimbenici podrazumijevaju sve one utjecaje koji pojačavaju mogućnost i vjerojatnost pojavljivanja poremećaja i napredovanje prema vrlo ozbiljnom stanju narušenog mentalnog zdravlja (Basanić Čuš i sur., 2012). Ti čimbenici jednako obuhvaćaju prenatalne i biološke, ali i socio-ekonomske i ostale uvjete života. Oni se mogu pojaviti i postojati u jednom trenutku u vremenu kao stresni događaji i kao takvi mogu dovesti do visoke ranjivosti, a snaga osobe da se odupre takvim utjecajima i odbaci problematična ponašanja odnosi se na zaštitne čimbenike (Basanić Čuš i sur., 2012).

Williams i suradnici (1997, prema Bašić, 2000:36-37) navode potvrđene rizične i zaštitne čimbenike u razvoju poremećaja u ponašanju. Rizični su (1) „*genetski ili biološki čimbenici rizika*“ (perinatalna trauma, neurotoksičnost u trudnoći, alkohol ili droga (majke); (2) „*individualni i vršnjački čimbenici rizika*“ misli o delikventnom ponašanju, povezanost s delikventnim vršnjacima, utjecaj vršnjaka; (3) „*rizični čimbenici povezani sa školom*“ (školski neuspjeh, siromašno akademsko postignuće, disciplinski problemi, nedostatna privrženost školi); (4) „*rizični čimbenici u obitelji*“ (problemi u obitelji, obiteljski konflikti, obiteljska povijest visokorizičnog ponašanja, neadekvatna ponašanja roditelja kao modela); (5) „*rizični čimbenici u zajednici*“ (kronično nasilje u zajednici, siromaštvo - ekonomska deprivacija, kvaliteta stanovanja, zdravstvena skrb, socijalna skrb, škole). Zaštitni čimbenici su oni kojima se smanjuje rizik za pojavu poremećaja u ponašanju te povećava vjerojatnost pozitivnih ishoda: „*ženski spol, jaka povezanost s roditeljima, dogovori s obitelji, otpornost i pozitivan temperament, sposobnost za prilagođavanje i oporavak, podržavajuća obiteljska klima, jaki vanjski sustav podrške koji jača dječje napore za sučeljavanje sa rizicima i stresorima, zdrava vjerovanja, prosocijalna orijentacija (dispozicija i uživanje u socijalnoj interakciji) i vještine rješavanja socijalnih problema.*“ (Williams i sur., 1997, prema Bašić, 2000:36-37).

Gulin (2012) također tvrdi da mentalno zdravlje djeteta ovisi o različitim zaštitnim i rizičnim čimbenicima te se osvrće na istraživanja Nacionalnog instituta za

istraživanje zloporabe droga SAD koji navodi sljedeće zaštitne čimbenike: „čvrste i pozitivne obiteljske veze, nadzor roditelja na aktivnostima svoje djece i njihovih vršnjaka, jasna pravila ponašanja koja se dosljedno provode unutar obitelji, uključenost roditelja u život svoje djece, uspjeh u školovanju, čvrste veze s institucijama poput školskih i vjerskih organizacija te usvajanje (prihvatanje) ustaljenih normi o uporabi droge“ (Gulin, 2012:124). Kao rizične čimbenike institut navodi kaotičnu obiteljsku okolinu, „posebno ona u kojoj roditelji zlorabe droge ili boluju od duševnih bolesti; neučinkovito roditeljstvo, posebice s djecom teške naravi ili s poremećajima u ponašanju; nedostatak veza roditelj-dijete i nedostatak odgoja; neprikladno, povučeno ili agresivno ponašanje u razredu; neuspjeh u školovanju; loše sposobnosti (vještine) snalaženja u društvu; druženje s vršnjacima koji su skloni devijantnom ponašanju; opažanje odobravanja uporabe droge unutar obitelji, posla, škole, vršnjaka i zajednice“ (Gulin, 2012:125).

Iz svega navedenog Gulin (2012) će reći da je vidljiva zaštitna uloga obitelji odnosno njezina nefunkcionalnost kao i školska uspješnost u kontekstu odgojno-obrazovnog utjecaja učitelja/odgajatelja i ostvarivanja funkcije odgojno-obrazovnih ustanova kao i vršnjačko okruženje.

1.3. Prevencija i zaštita mentalnog zdravlja u ustanovama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja

Mnoge grane znanosti poput psihologije, pedagogije, edukacijske rehabilitacije, logopedije i druge, bave se razvojem djeteta te proučavaju i istražuju uzroke i posljedice narušenog mentalnog zdravlja djeteta. U priručniku za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja* navodi se da je mentalno zdravlje dio našega zdravlja, a suvremeni način života dovodi do toga da je ono sve ugroženije (Božićević i sur., 2012:10). Na mnoga pitanja o tom problemu stručnjaci kao odgovor ističu važnost prevencije, prepoznavanja razvojnih teškoća, rane intervencije te zaštite mentalnog zdravlja što u

kontekstu odgojno-obrazovne ustanove podrazumijeva suradnju i partnerstvo svih uključenih u djetetov život.

Pojam prevencije javlja se u kontekstu unaprjeđenja zdravlja i kvalitete života, a programi i aktivnosti usmjereni djelovanju na zdravlje poznati su pod pojmom preventivnih aktivnosti (Basanić Čuš i sur., 2012). Preventivne aktivnosti i programi pozitivno djeluju na kvalitetu života osoba, a *„programi su uspješniji kada se: identificiraju potrebe, razvijaju različite strategije za njihovo zadovoljavanje, naprave mostovi između mnogih institucija i servisa u zajednici koji te potrebe mogu zadovoljavati“* (Basanić Čuš i sur., 2012:53).

Nazor (2012, prema Božićević i sur., 2012:67) kaže da je preventivno djelovanje prema djeci i mladima potrebno *„kako bi se sačuvalo njihovo mentalno zdravlje odnosno prevenirala devijantna ponašanja i nastajanje različitih psihičkih poremećaja“*. Boričević Maršanić i suradnici (2017:170) navode kako *„zaštita mentalnog zdravlja obuhvaća mjere i aktivnosti u nekoliko ključnih područja djelovanja: promocija i unaprjeđenje mentalnog zdravlja, prevencija, rano prepoznavanje, liječenje i rehabilitacija mentalnih poremećaja. Aktivnosti se usmjeravaju prema cjelokupnoj populaciji te posebno prema rizičnim i vulnerabilnim skupinama kao što su djeca“*. Scharf i suradnici (2016) tvrde da se ranom identifikacijom može na vrijeme djetetu pomoći i time spriječiti daljnja odstupanja u razvoju. Milić Babić i suradnici (2013:453) ističu ranu intervenciju kao *“oblik podrške djetetu i obitelji u prvim godinama djetetova života ima za cilj unapređenje razvoja djeteta.“*

Prevencija i zaštita zdravlja u ustanovama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja regulirana je *Programom zdravstvene zaštite djece, higijene i pravilne prehrane djece u dječjim vrtićima* (2002) i *Državnim pedagoškim standardom* (2008). Iako nigdje nije specificirano mentalno zdravlje, elemente zaštite istog možemo predvidjeti u članku II. *Programa zdravstvene zaštite djece, higijene i pravilne prehrane djece u dječjim vrtićima* (2002) gdje između ostalih kao mjere zaštite stoje *„zdravstveno prosvjećivanje i zdravstveni odgoj djece u svezi sa stjecanjem pravilnih higijenskih navika i usvajanja zdravog načina življenja, posebno s obzirom na prevenciju najznačajnijih zdravstvenih problema“* i

„zdravstveno prosvjećivanje i zdravstveni odgoj zaposlenih u dječjem vrtiću kao i roditelja, skrbnika, odnosno posvojitelja djece.“ U članku 14. također stoji da se treba provoditi kontinuirani zdravstveni odgoj, a među navedenima, osim higijene, stoji da on obuhvaća i *„stajalište prema bolestima i bolesnicima (bolesnoj djeci i odraslima)“* na osnovu čega možemo zaključiti da se poštuje i podržava odredba *Nacionalnog kurikulum za rani i predškolski odgoj i obrazovanje* (2014) o jednakim pravima i šansama za sve kao i vrijednost koja govori o humanizmu i toleranciji pa i cilj osiguranja dobrobiti za dijete. *Državni pedagoški standard* (2008:11) u članku 40. govori o mjerama zdravstvene zaštite za čije je provođenje ustanova dužna osigurati *„sustavno praćenje rasta i razvoja djece i stanja uhranjenosti, – poduzimanje preventivnih mjera za smanjenje zaraznih bolesti i prevencije ozljeda, – provođenje organizacijskih oblika rada iz tjelesnog i zdravstvenoga odgojno-obrazovnog područja (program kretanja).*

1.3.1. Uloga odgajatelja u prevenciji teškoća mentalnog zdravlja djece

Hrvatski Zavod za javno zdravstvo (HZJZ) navodi kako prevencija mentalnih teškoća *„započinje s većom svijesti i razumijevanjem ranih znakova i simptoma“*² u zajednici. Značajnu ulogu u prepoznavanju istih daje odraslim osobama koje *„svakodnevno žive, rade, uče i igraju se s djecom i mladima“*.³ Te osobe, u našem slučaju odgojno-obrazovni djelatnici, da bi mogli pružiti podršku i uočiti prve znakove eventualnih problema u području mentalnoga zdravlja, neophodno je da steknu za to potrebna znanja i vještine.

² <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/nacionalni-program-zivjeti-zdravo/> (24.07.2019.)

³ <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/zdravstvena-pismenost-odgojno-obrazovnih-djelatnika-u-podrucju-mentalnoga-zdravlja-djece-i-mladih-2/> (21.07.19.)

Prema Nacionalnom kurikulumu za rani i predškolski odgoj i obrazovanje (2014:20) potrebno je ostvarivanje prava djece na jednake šanse koje „promovira inkluziju djece s posebnim potrebama i pravima u redoviti odgojno-obrazovni program vrtića“. Inkluzija djece s posebnim potrebama ili poteškoćama u redovni odgojno-obrazovni program znatno povećava važnost uloge odgajatelja. U Programskom usmjerenju odgoja i obrazovanja djece predškolske dobi (1991:8) kao jednom od polazišnih dokumenata za kreiranje Nacionalnog kurikuluma stoji da se djeci sa posebnim potrebama mogu i moraju „u stručno ekipiranim ustanovama osigurati i posebni odgojni, terapijski postupci...“ te da je za „odgajatelja važno stručno znanje, mogućnost prepoznavanja i osjetljivost na djetetove raznovrsne potrebe, kao i pravovremeno poduzimanje pravilnih radnji, njegova slika o tomu što dijete može i treba tijekom predškolskog perioda, dakle njegova očekivanja o mogućnostima učenja i razvoja djeteta“.

Potrebno je da odgajatelji kontinuirano prate stanje, definicije i redefinicije koje obitelj u društvu proživljava jer ako je obitelj osnovna jedinica društva, onda u jednom trenutku to društvo mora dati potporu toj obitelji. Odgajatelj je jedan od onih koji bi trebao znati kakve oblike potpore društvo pruža toj obitelji. Mlinarević i Marušić (2005) govore da bi odgajatelj mogao jačati potencijale djeteta i razvijati suradnju, toleranciju, solidarnosti i razumijevanje među djecom i odraslima, on mora biti educiran u području ljudskih prava i zaštite prava, kako stoji i u Nacionalnom programu. Međutim „biti kompetentan odgajatelj ne znači samo steći potrebna akademska znanja i vještine već podrazumijeva osobnost i motiviranost“ jer odgajatelj „koji je potpuno misaono i emocionalno uključen u sve što nastaje, ostvarit će visoku razinu znanja i umijeća, a njegova djela postaju znatno drukčija nego kada je razmišljao o sebi kao o izvoru informacija, o osobi koja rješava konflikte ili postavlja standarde ponašanja“ (Curtis i Carter, 2003, prema Jurčević-Lozančić, 2011:279).

Petrović–Sočo (2007) će reći da ulogu odgajatelja u poticanju dječjeg razvoja i odgoja treba shvatiti kao stvaranje svekolikog kvalitetnog socio–pedagoškog konteksta, to jest kao mrežu recipročnih odnosa i očekivanja koja podržavaju i održavaju raznolike individualne i grupne procese koji potiču i usmjeravaju dječji

odgoj i razvoj. S tim u vezi, uloga odgajatelja u prevenciji teškoća mentalnog zdravlja od značajne je vrijednosti i važnosti za sve uključene u odgojno-obrazovne procese kroz koje dijete prolazi. Prvenstveno se uloga odgajatelja ogleda u njegovim sposobnostima da demonstrira znanja i vještine odgajanja sve djece pa i djece s teškoćama mentalnog zdravlja što uključuje prepoznavanje simptoma teškoća mentalnog zdravlja kao i pružanje pomoći i zaštite i djeci i roditeljima. Za prakticiranje takvih znanja važne su kompetencije odgajatelja koje mora posjedovati kako bi učinkovito vodio djecu, primjenjivao tehnike pozitivnog podržavanja djetetova ponašanja i bio sposoban primijeniti tehnike i metode savjetodavnog rada (Bouillet, 2011). To je regulirano i *Nacionalnim kurikulumom za rani i predškolski odgoj i obrazovanje* (2014:14) gdje stoji da su odgajatelji sposobni prepoznati specifične potrebe roditelja ili skrbnika djece, savjetovati ih ovisno o pitanjima koja ih zaokupljaju te im na taj način olakšati roditeljsku ulogu.

Bašić (2008) spominje istraživanja drugih autora (Ialongo i sur. 2001; Lonczak i sur., 2002 prema Fraser; Allen-Meares, 2004) koji navode da će kada su učitelji, a autorica naglašava i predškolski odgajatelji „*bolje trenirani, kada su treninzi socijalnih/životnih vještina sastavni dio redovnih kurikuluma i kada su obitelji uključene u partnerstvo obitelj-razred/skupina, a putovi razvoja poremećaja u ponašanju i drugih socijalnih ili emocionalnih problema djetinjstva i mladenaštva bit će ili eliminirani, smanjeni ili promijenjeni*“ (Bašić, 2008:16).

1.3.2. Zdravstvena pismenost odgojno-obrazovnih djelatnika na području mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi

Iako je zdravstvena pismenost relativno novi koncept koji se u literaturi o zdravlju javlja tek posljednjih 30 godina, ona je pojam koji „*opisuje opseg ishoda za zdravstvenu educiranost*“ iz čega proizlazi da je „*edukacija na polju zdravlja usmjerena prema poboljšanju zdravstvene pismenosti*“ (Nutbeam, 2000). Ona je tako ključna za osnaživanje pojedinaca kako bi lakše došli do informacija o zdravlju i povećali svoj kapacitet da ih efektivno koriste.

Muslić i sur. (2015:1) u svom članku *Važnost zdravstvenoga obrazovanja i zdravstvene pismenosti u promicanju zdravlja* referirajući se na razne autore, tvrde da „*zdravstvena pismenost nadilazi tradicionalno shvaćanje zdravstvenog obrazovanja i uključuje ekološke, političke i društvene čimbenike koji određuju zdravlje.*“ Nadovezuju se na te čimbenike naglašavajući da je cilj utjecati na podizanje svijesti o tome koje su to odrednice zdravlja, na stavove, motivaciju, namjere, vještine i samoučinkovitost u zdravstvenom ponašanju i sukladno tome „*poticati individualne i društvene aktivnosti koje mogu dovesti do promjene odrednica zdravlja i ponašanja*“ (Muslić i sur., 2015:1). Autori navode rezultate Studije svjetskog opterećenja bolešću iz 2013. godine u kojoj su među deset najčešćih uzroka opterećenja bolešću dva iz skupine mentalnih poremećaja.

Zdravstvena pismenost u području mentalnog zdravlja obuhvaća širi spektar znanja u prepoznavanju, prevenciji i podršci kroz zdravstvene informacije. Muslić i suradnici (2015:10) navode kako ona podrazumijeva: „*(1) sposobnost prepoznavanja specifičnih poremećaja, (2) znanja o tome kako tražiti informacije o mentalnome zdravlju i mentalnim poremećajima, (3) znanja o rizičnim čimbenicima i uzrocima razvoja poremećaja, (4) znanja o samopomoći, (5) znanja o dostupnosti stručne pomoći, (6) stavove koji promoviraju prepoznavanje te (7) stavove koji potiču odgovarajuće traženje pomoći*“. Referirajući se na autore izvornog koncepta tih informacija, autorice zaključuju kako je pozitivno djelovanje na pravodobno prepoznavanje mentalnih poremećaja moguće ako „*djelujemo na unaprjeđenje svih odrednica zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja,*“ te dodaju kako

su rezultati dosadašnjih istraživanja kao i njihovog, pokazali da „*bolja zdravstvena pismenost u području mentalnog zdravlja pojedinaca, zajednice i unutar pojedinih institucija može unaprijediti rano prepoznavanje mentalnih poremećaja, poboljšati ishode liječenja i povećati korištenje zdravstvenim uslugama*“ (Muslić i sur., 2015: 10-11).

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) dodaje da „*ako se ta stanja ne tretiraju pravovremeno, ona značajno utječu na djetetov razvoj, njihova obrazovna postignuća te njihov potencijal da žive ispunjenim i produktivnim životima*“. ⁴ Ključnu strategiju u promociji zdravlja vidi u jačanju zdravstvenih sustava i zdravstvenom opismenjavanju na razini čitavog stanovništva i u specifičnim skupinama, kao što su u našem slučaju, odgojno-obrazovni djelatnici. Upravo odgojno-obrazovne djelatnike autorice Muslić i suradnici (2015) opisuju kao one koji najčešće prvi mogu uočiti teškoće i ponašanja koja mogu uzrokovati teškoće mentalnog zdravlja i poremećaje. Kada odgajatelji imaju osnovna znanja o pokazateljima problema to podrazumijeva prepoznavanje problema kao jedan „*od ključnih elemenata zdravstvene pismenosti u području mentalnog zdravlja*“ (Muslić i sur., 2015:34). Iz shvaćanja da te teškoće uvelike utječu na život djeteta, njegovu funkcionalnost i mogućnost učenja, zaključuju da je važno obrazovati djelatnike odgojno-obrazovnih ustanova pružajući im znanje i vještine da lakše prepoznaju teškoće i poremećaje, lakše se s njima suočavaju i pružaju odgovarajući stupanj pomoći. Prema istim autoricama zdravstvena pismenost u području mentalnog zdravlja dobar je temelj za aktivnosti usmjerene ka boljem razumijevanju mentalnih poremećaja i teškoća u kontekstu škole kao odgojno-obrazovne ustanove.

Pojam zdravstvene pismenosti pobliže se može opisati i kroz njegovu praktičnu primjenu u svakodnevnom životu. „*Pristup klasifikaciji jednostavno identificira tipove pismenosti ne kao mjere postignuća u čitanju i pisanju već više u terminima što je to što nam pismenost omogućava da činimo*“ (Freebody i Luke, 1990, prema Nutbeam, 2000). Isti autori klasificiraju razine pismenosti, a to su temeljna ili funkcionalna pismenost, interaktivna pismenost i kritička pismenost.

⁴ https://www.who.int/mental_health/maternal-child/en/ (21.07.19.)

Temeljna zdravstvena pismenost podrazumijeva „*temeljne vještine čitanja i pisanja koje omogućuju efektivno funkcioniranje u svakodnevnim situacijama*“. To znači da bi svatko od nas u svojstvu pacijenta trebao imati sposobnost čitanja i razumijevanja medicinske informacije te sposobnost korištenja zdravstvenih usluga unutar zdravstvenog sustava (npr. pronaći ciljanu ambulantu unutar jedne poliklinike) (Sorta-Bilajac Turina, 2019). Interaktivna pismenost podrazumijeva „*naprednije kognitivne vještine i vještine pismenosti koje, zajedno sa socijalnim vještinama, mogu biti korištene za aktivno sudjelovanje u svakodnevnim situacijama*“, odnosno „*sudjelovanje u određenim zdravstvenim aktivnostima, razumijevanje različitih formi zdravstvenih informacija te njihovu primjenu u promjenjivom okruženju. (...) Posebno je važno istaknuti pravo pacijenta na informirani pristanak i informirani izbor (pravo da sudjeluje u donošenju odluka o vlastitom zdravlju i liječenju u partnerskom odnosu sa svojim liječnikom)*“ (Sorta-Bilajac Turina, 2019). Krićka pismenost podrazumijeva „*napredne kognitivne vještine koje, zajedno sa socijalnim vještinama, mogu biti korištene za krićku analizu informacija i korićenje tih informacija za dobivanje veće kontrole nad događajima i situacijama u životu*“ (Nutbeam, 2000:263-264). Ona „*predstavlja najnaprednija znanja i vještine zdravstvenog i socijalnog tipa, koji omogućuju krićko razmatranje zdravstvene informacije, poboljšanje osobnih i društvenih kapaciteta i razumijevanje društvene, političke i ekonomske razine zdravlja i zdravstva*“ (Sorta-Bilajac Turina, 2019).

Sorta-Bilajac Turina (2019) zaključuje „*da zdravstvena pismenost doista predstavlja ključni faktor u promociji zdravlja i prevenciji bolesti!*“⁵. Nutbeam (2000) ističe značaj zdravstvene pismenosti čije poboljšanje „*uključuje više od same transmisije informacija o zdravlju*“, što se može postići kroz individualni pristup komunikaciji i edukacije upućene široj zajednici (Nutbeam, 2000:267).

Postoje brojni testovi procjene zdravstvene pismenosti na engleskom jeziku, a Rafaj i Brangan (2018) validirali su test zdravstvene pismenosti NVS-HR (The Newest Vital Sign) na hrvatskom jeziku te navode da je lako primjenjiv zbog svoje brzine i jednostavnosti. Naveden je primjer njegova korićenja na KBC-u Osijek

⁵ <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/89/pismenost.htm> (26.07.2019.)

gdje je polučio pozitivne rezultate, a autorice su zaključile da bi ubuduće podatak o zdravstvenoj pismenosti pacijenata olakšao „*svakodnevni rad i komunikaciju unutar zdravstvenog sustava te omogućio svakom pacijentu ravnopravno sudjelovanje u vlastitom liječenju i brizi za svoje zdravlje*“ (Rafaj i Brangan, 2018:1).

1.3.3. Suradnja i partnerstvo s roditeljima

Obitelj je prvo mjesto na kojem od samog rođenja djeca doživljavaju utjecaje na njihovu osobnost i ponašanje time stvarajući jedinstveni proces odgoja i odrastanja. Ona je temeljna društvena zajednica, mjesto prvih socijalnih dodira i prvih životnih iskustava (Rosić, 2005). Odgoj podrazumijeva djelovanje obitelji i svih njezinih članova na način života djeteta te na međusobne i međuljudske odnose. U obitelji dijete izgrađuje svoj lik, stječe ljubav, razvija odnose s drugim ljudima, razvija svijest o dobru i zlu, uči prave životne vrijednosti te vrijednosti osoba oko sebe (Čugalj i Koren-Mrazović, 2000). To potvrđuje i Bronfenbrennerov model ljudske ekologije u kojem se naglašava utjecaj uže i šire socijalne sredine na cjelokupni razvoj osobe. Pripadnost različitim sustavima unutar društva i zajednice, poput škole, vrtića i slično, utječe na njihov razvoj. Na taj razvoj također utječe i način na koji su ti sustavi u međusobnoj interakciji što Bronfenbrenner vidi kao vrlo važnu stavku za dječji razvoj (Skupnjak, 2012).

Važnost obitelji naglašavaju brojni autori pa tako i Swick (1991:16) kaže da „*razvoj stavova, uvjerenja i ponašanja kod roditelja i djece događa se u različitim kontekstima koja imaju svoj zajednički identitet u obitelji.*“ Drugim riječima, roditelji su primarni, najvažniji u odgoju djeteta, oni su njegov model ponašanja, pa uvažavanje i poštovanje konteksta obitelji iz koje dolazi svako pojedino dijete, za odgojitelja znači jedan veliki korak naprijed u tom odnosu. To znači da je važno surađivati i razvijati odnos s roditeljima. Obitelj je oslonac društva i najodgovorniji odgojitelj svoga djeteta, a odgajatelji u vrtiću imaju pravo biti uključeni u sve segmente njegova rasta. Ako krenemo od toga da je dijete jedinstvena i neponovljiva

jedinka, takav je i odrastao čovjek. I jednom i drugom treba dati vremena za upoznavanje, treba spoznati osobine te jedinke, a zatim i njezine obitelji u cjelini pa to upoznavanje razviti u jedan suradnički, partnerski odnos. Poštovati obitelj znači uvažiti privatni život te obitelji pri čemu treba voditi računa o faktoru povjerenja. „*Povjerenje je, tako, krucijalan element u međuodnosima roditelja i odgojitelja. Povjerenje će rasti onoliko koliko su roditelji svjesniji da ih se prihvaća bez predrasuda, onakvima kakvi uistinu jesu*“ (Nenadić-Biljan, 1997:140).

Današnja obitelj podložna je promjenjivosti, danas poznajemo i polazimo od različitih struktura obitelji i nema jednoobrazne i uniformne obitelji pa nema ni takvog pristupa. Suradnja i partnerstvo roditelja i odgojitelja ne predstavlja „*samo podržavanje interpersonalne komunikacije odgojitelja i roditelja u kojoj se izmjenjuje znanje o djetetu i konkretnoj odgojnoj praksi, nego predstavlja i izravno sudjelovanje roditelja u izboru programa i odgojne prakse, a ne samo sudjelovanje u nekim odlukama u njoj*“ (Gurdon, 1997:144). Dva vrlo bitna razloga suradnje s roditeljima su dobrobit djeteta i upravo kontinuirano obrazovanje. Dobrobit djeteta je univerzalna potreba jednako za roditelje i odgajatelje i to je prema *Nacionalnom kurikulumu za rani i predškolski odgoj i obrazovanje* (2014:24) jedan od ciljeva rada s djetetom. U većini slučajeva roditelji ne znaju kako bi se uključili, što mogu učiniti da se udruže s odgajateljima. Iz toga proizlazi još jedna problematika kojom se odgajatelji moraju pozabaviti, a to je kako pomoći roditeljima u nekim konkretnim situacijama, odgovoriti na njihova pitanja i ukazati im na koje načine mogu sudjelovati. „*Često se kontakti roditelja i odgojitelja svode samo na informacije o djetetu. Naime, roditelje prije svega zanima da li je dijete dobro jelo, spavalo, kako se ponašalo i sl. Međutim, ovakve informacije nisu uvijek dostatne svakom roditelju. Stoga se kompetencija odgojitelja odnosi i na otkriće, primjenu i prosudbu postupaka pomoću kojih se može izaći u susret različitim potrebama roditelja. To je utoliko važnije što novija istraživanja pokazuju da značajke obitelji mogu biti značajnije determinante djetetovog razvitka nego iskustva djeteta stečena u dječjem vrtiću*“ (Nenadić-Bilan, 1997:140).

Danas se pojam suradnje usko veže uz pojam partnerstva, a nas će ovdje zanimati na koji način ustanova i odgajatelj mogu ostvariti kontakt s roditeljima

pomažući im pritom i olakšavajući situaciju u kojoj su se našli. Ljubetić (2014) će reći da su potrebni zdravi odnosi na relaciji obitelj – odgojno-obrazovna ustanova, a sve u cilju podupiranja djetetovog razvoja i učenja. Zdravi odnosi o kojima Ljubetić govori u prvom redu odnose se na partnerske odnose između dvije navedene strane kao i svih sudionika u oba slučaja. Kunstek (2007) opisuje što takav odnos čini partnerskim, a to su otvorena komunikacija, spremnost na zajedničko djelovanje, planiranje i donošenje odluka, pravodobno reagiranje u slučaju potrebe ili pojave bilo kakvih problema, obostrana inicijativu, motivacija te senzibilitet odgojno-obrazovne ustanove za potrebe obitelji i djeteta. Osim toga, Kunstek (2007) će reći da su bitni elementi za razvoj partnerstva između obitelji i odgojno-obrazovne ustanove međusobno uvažavanje znanja i vještina, iskrena i otvorena komunikacija, razumijevanje i empatija, međusobna suglasnost u određivanju ciljeva, zajedničko planiranje i donošenje odluka, otvorena i obostrana razmjena informacija, pristupačnost i međusobno razumijevanje, odsutnost etiketiranja i kritiziranja te zajednička procjena napretka djeteta. Da bi se odnos razvio u partnerski, stručnjak - odgajatelj roditeljima mora pristupiti na način oslobođen vrednovanja i stigmatizacije jer je središnji oslonac identitetu mnogih roditelja upravo uspješnost u roditeljskoj ulozi (Pećnik, 2013).

2. PROBLEM I CILJ ISTRAŽIVANJA

Mentalno zdravlje, prevencija i zaštita mentalnog zdravlja djece područja su od interesa za mnoga znanstvena područja što ih čini važnim čimbenicima u razvoju i održanju dobrobiti pojedinca, zajednice i društva. Multidisciplinarni pristup tim pojmovima podrazumijeva djelovanje istraživača i stručnjaka različitih znanstvenih disciplina pa tako ne zaobilazi ni odgajatelja. Problem ovog rada je ispitati razinu edukacije i iskustva odgajatelja u radu s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja kao i profesionalizam u pružanju podrške roditeljima, a sve zbog nedostatka znanstvenih istraživanja na ovu temu, rastućeg broja istraživanja o većim potrebnim kompetencijama odgajatelja i njihovog odnosa sa stručnjacima te rastućih potreba korisnika ustanova za rani i predškolski odgoj i obrazovanje za takvim kompetencijama.

Ciljevi istraživanja su utvrditi:

- (1) razinu samoprocijenjene educiranosti odgajatelja u području mentalnog zdravlja djece
- (2) iskustvo odgajatelja u radu s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja i oblicima podrške
- (3) mišljenja odgajatelja o promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece u ustanovama za rani i predškolski odgoj i obrazovanje
- (4) odgajateljevo određenje pojmova *mentalno zdravlje*, *zaštita mentalnog zdravlja* i *teškoće mentalnog zdravlja*
- (5) mišljenje odgajatelja o profesionalnoj ulozi u pružanju podrške u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece
- (6) mišljenje odgajatelja o profesionalnoj ulozi u pružanju podrške djeci i roditeljima u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja

3. METODA ISTRAŽIVANJA

U radu je korišten mješoviti istraživački pristup ili miks metoda, odnosno kombinacija kvantitativne i kvalitativne metodologije istraživanja, radi sadržajne svrhe i slobode odgovora te kako bi se integracijom podataka došlo do odgovora na istraživačka pitanja i određenih spoznaja o percepciji i iskustvu odgajatelja. Zbog svoje specifičnosti i slabe istraženosti, tema zahtijeva detaljniji uvid kroz iskustva odgajateljica u njihovom dosadašnjem radu, njihova promišljanja, percepciju, viđenja, argumente, a u cilju formiranja novih spoznaja o temi.

U kvantitativnom istraživanju primijenjen je upitnik koji sadrži pitanja o sociodemografskim obilježjima, razini educiranosti odgajatelja te njegovom iskustvu u radu s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja kao i Skala promocije i zaštite mentalnog zdravlja djece. U kvalitativnom istraživanju postavljena su tri pitanja otvorenog tipa o shvaćanju pojma mentalnog zdravlja, pojma zaštite mentalnog zdravlja i teškoća mentalnog zdravlja te kroz polustrukturirani intervju dva pitanja o percepciji vlastite uloge u pružanju podrške djeci i roditeljima u promociji zaštite mentalnog zdravlja.

Burke Johnson i sur. (2007:112) analiziraju definicije mješovitog pristupa istraživanju ili miks metode pa govore kako je ona „*treći glavni pristup istraživanju ili istraživačka paradigma zajedno s kvalitativnim istraživanjem i kvantitativnim istraživanjem*“. Daljnjim istraživanjem suvremenih definicija zaključuju općenitom definicijom da je „*miks metoda istraživanja vrsta istraživanja u kojem istraživač ili grupa istraživača kombiniraju elemente kvalitativnih i kvantitativnih istraživačkih pristupa (...) za više svrhe širine i dubine razumijevanja i potvrde*“ (Burke Johnson i sur., 2007:123). Isti autori navode tipove mješovite metode istraživanja te ih dijele na dominantno kvalitativne, one ravnopravnog statusa te dominantno kvantitativne koje se unutar sebe dijele na podtipove (Burke Johnson i sur., 2007). Pozicija istraživača miks metode upravo je ona srednja pod nazivom ravnopravnog statusa i unutar nje, istraživač kao svoju polazišnu točku uzima „*logiku i filozofiju miks metode istraživanja. Ovi istraživači miks metode sigurno će vjerovati da će kvalitativni i*

kvantitativni podaci i pristupi dati uvide ako se uzme u obzir više, ako ne i sva, istraživačka pitanja“ (Johnson i sur., 2007:123).

Mirković (2015:465) govori kako postoje mišljenja „*da miks-metodski evaluatori moraju napustiti beskrajne rasprave i suparništva između različitih teorijskih modela te da trebaju odabrati različite evaluacione metode umjerene prema mentalnim modelima ili metaforama evaluatora.*“ Greene i Caracelli (1997, prema Mirković, 2015:465-466) predlažu klasifikaciju integriranih strategija koja glasi: „*1) strategija ponavljanja (rekurentna strategija) koju karakteriše dinamična i kontinuirana interakcija između različitih metoda i različitih paradigmi koje utiču na korištenje takvih metoda, u ovoj strategiji se koriste različite metode za dublje shvatanje istraživnog fenomena, a svaka od korištenih metoda ima za cilj poboljšavanje načina prikupljanja podataka i analize dobijenih informacija, 2) strategija ugradnje (inkorporacije) koja se odnosi na povezanost različitih metoda suprotne paradigmatke orijentacije ali na takav način da se metode primjenjuju u različitim vremenskim okvirima u različitim fazama evaluacije, strategija može biti realizovana na dva načina: može početi korištenjem kvantitativnih metoda nakon čega se, nakon dobijenih rezultata, nastavlja sa primjenom kvalitativnih metoda a može se početi i sa kvalitativnim metodama te se nakon identifikacije kategorija i indikatora evaluativne studije nastavlja sa kvantitativnim metodama, 3) holistička strategija u kojoj se koriste konceptualni okviri koji usmjeravaju prikupljanje i tumačenje podataka na različite načine radi kompleksnog razumijevanja fenomena, razlike između korištenih metoda se smanjuju izgradnjom navedenih okvira i integralnom konceptualnom strukturom, 4) transformativna strategija koja se fokusira na prepoznavanje važnosti pojedinih vrijednosti i akcija za isticanje različitih interesa i pluralizma zainteresovanih strana za evaluaciju.*“

Morgan (2007, prema Sekol i Maurović, 2017:12-13) i Creswell (2009, prema Sekol i Maurović 2017:12-13) navode nekoliko vrsta mješovitog istraživačkog pristupa koji se razlikuju prema tome „*1) kojem metodološkom pristupu (kvantitativnom/kvalitativnom) daju prioritet; 2) implementaciji, odnosno redoslijedu kojim slijede pristupi; i 3) fazi u kojoj se podaci integriraju.*“ Isti autori dalje navode razlikovanje istraživačkih pristupa ovisno o tome kojima se daje prioritet pa to mogu

biti nacrti s jednakim statusom kod kojih je uloga kvalitativnog i kvantitativnog pristupa jednako važna i nacrti s različitim statusom kod kojih se prepoznaje dominacija jednog od pristupa, kvalitativnog ili kvantitativnog dok je smisao onog drugog da ga samo nadopunjuje. Istraživanja se razlikuju s obzirom na vrijeme provođenja njihova kvantitativnog i kvalitativnog dijela pa tako ona mogu biti „sekvencijalna (*istraživanje se prvo provede uz pomoć jednog pristupa, a potom drugog*) i paralelna/simultana (*kvalitativno i kvantitativno istraživanje provode se u isto vrijeme*)“ (Sekol i Maurović, 2017:13). Creswell i Plano Clark (2007, prema Sekol i Maurović, 2017:13) spominju četiri vrste prema kojima se može klasificirati mješoviti nacrt pa su to (1) konvergentno paralelni nacrt, (2) eksplanatorni sekvencijalni nacrt, (3) eksplorativni sekvencijalni nacrt i (4) ugrađeni mješoviti nacrt.

U radu je korištena prva predložena strategija ponavljanja u svrhu dubljeg shvaćanja teme istraživanja kao i kvalitetnije analize dobivenih informacija. Prema tome kojem se istraživačkom pristupu daje prioritet ovo je istraživanje nacrt s različitim statusom jer je smisao jednog da nadopunjuje drugog. S obzirom na vrijeme, ono je sekvencijalno te se prvo provodi kvantitativno istraživanje, a zatim kvalitativno istraživanje. S obzirom na klasifikaciju, ono je eksplanatorni sekvencijalni nacrt jer se podaci prikupljaju prvo kvantitativnim, a zatim kvalitativnim metodama, a cilj je integracija podataka odnosno bolje razumijevanje kvantitativnih podataka uz pomoć kvalitativnih.

3.1. Uzorak ispitanika

Ispitanici koji su sudjelovali u ovom istraživanju odabrani su metodom namjernog prigodnog uzorka koji uključuje petnaest (15) odgajatelja. Kriterij za selekciju odgajateljica koje su sudjelovale u istraživanju bio je da su u tom trenutku bile zaposlene u ustanovama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja, dio odgajateljica zaposlen je u istoj ustanovi u kojoj je zaposlen i sam istraživač, dio u drugim ustanovama, a pohađaju isti studij kao istraživač. Kriterij je također bio kvalitetna suradnja sa svojim kolegicama i komunikacija sa stručnim timom, neovisno o tome imaju li iskustva u radu s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja. Sudjelovalo je 15 odgajateljica ($\bar{X}=15$) ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja na području grada Rijeke i Kastva te Istre i Zagreba.

Deskriptivni statistički pokazatelji o dobi i godinama radnog staža prikazani su u Tablici 1. Raspon dobi kreće se od 21 do 60 godina starosti. Prosječna dob odgajateljica je 35,8 godina ($SD=11,16$). Od toga je minimum 21 godina, a maksimalno 60 godina. Radni staž kreće se u rasponu od 1 do 40 godina, a prosječna duljina radnog staža je 11,80 godina. ($SD=11,55$).

Tablica 1: Sociodemografske karakteristike ispitanika

	N	Min - Max	M/SD
Dob	15	21 - 60	35,80 (11, 162)
Godine radnog staža	15	1 - 40	11, 80 (11, 558)

Frekvencije odgovora odgajatelja o spolu, položajnom zvanju te stupnju obrazovanja opisane su u tekstu. Sve odgajateljice su ženskog spola. Na pitanje o položajnom zvanju, za zvanje odgajatelja izjasnilo se 86,7% ispitanika, 6,7% se izjasnilo kao pripravnik dok jedan ispitanik nije odgovorio na pitanje. Prema stupnju obrazovanja (srednja škola/preddiplomski studij/diplomski studij/drugo) veći

postotak, 73,3 % imaju ispitanici sa završenim preddiplomskim studijem te 26,7% sa završenim diplomskim studijem dok jedan ispitanik nije odgovorio na pitanje.

3.2. Mjerni instrument

Tijekom istraživačkog procesa prikupljeni su podaci u upitniku, a za potrebe diplomskog rada korištene su odabrane varijable iz kvantitativnog istraživanja (sociodemografski podaci, Skala promocije i zaštite mentalnog zdravlja) te tri pitanja otvorenog tipa iz upitnika i dva pitanja otvorenog tipa iz polustrukturiranog intervjua u okviru kvalitativnog nacrtu istraživanja. Ostali prikupljeni podaci naknadno će se objaviti kroz stručne i znanstvene radove.

Prvi dio istraživanja u kontekstu kvantitativne studije čini upitnik koji sadrži sociodemografske podatke ispitanica (dob, spol, godine staža u struci, položajno zvanje, stupanj obrazovanja), pitanja o razini educiranosti i iskustva rada s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja i Skalu promocije i zaštite mentalnog zdravlja djece sa 4 dimenzije: (1) stručnjaci koji su kompetentni preventivno i kurativno postupati u zaštiti mentalnog zdravlja djece; (2) odgajateljska percepcija o vlastitoj osposobljenosti za promociju i zaštitu mentalnog zdravlja djece, (3) percepcija o kvalitetnoj podršci i pomoći koju odgajatelji dobivaju/ne dobivaju unutar ustanove i šire, i (4) suživot ustanove, odgajatelja, roditelja i djece te percepcije odgajatelja o istom. Odgovori su rangirani prema skali Likertovog tipa koja sadržava tvrdnje s kojima su odgajateljice trebale označiti svoju razinu slaganja od 1- uopće se ne slažu, 2-slažu se u manjoj mjeri, 3- slažu se osrednje, 4- slažu se u većoj mjeri i 5- u potpunosti se slažu.

Drugi dio istraživačkog procesa čini kvalitativno istraživanje sa tri pitanja otvorenog tipa i dva pitanja iz polustrukturiranog intervjua. Pitanja otvorenog tipa su: (1) *Kako bi definirali mentalno zdravlje?* Mentalno zdravlje je / odnosi se na... (2) *Kako razumijete pojam zaštite mentalnog zdravlja?* (3) *Opišite teškoće mentalnog zdravlja kod djece rane i predškolske dobi.* Dva pitanja postavljena u intervjuu

odabrana su iz drugog glavnog tematskog područja intervjua: (2) odgajateljske percepcije profesionalne uloge u pružanju podrške djeci i roditeljima u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja, a ona glase: (1) Uloga odgajatelja u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi i (2) Uloga odgajatelja u pružanju podrške djeci i roditeljima u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja. Svako od tih pitanja dodatno je pojašnjeno potpitanjima u kojima se od ispitanika tražilo da ih opisuju i iznose svoje mišljenje, stavove i percepciju. Postojeću strukturu pitanja bilo je moguće dodatno elaborirati ovisno o novim pitanjima koja bi se mogla postaviti tijekom intervjua.

3.3. Način provođenja istraživanja

Istraživanje je provedeno u svibnju 2019. godine. Odgajateljice ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja bile su zamoljene za dobrovoljno sudjelovanje te se s njima dogovaralo i definiralo točno vrijeme održavanja susreta i intervjua. Za potrebe istraživanja korišten je upitnik te polustrukturirani intervju, a s odgajateljicama se intervju vodio uživo. Prije samog početka intervjua, odgajateljicama se iznijela zahvala za pristanak na sudjelovanju te su upoznate sa temom, ciljem i svrhom istraživanja. Nakon toga, istraživač je objasnio osobnu, ali i općenitu važnost teme za područje ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja s obzirom da je ona gotovo nepoznata u smislu recentnijih istraživanja koja bi potakla na promišljanje i unapređenje prakse. Sudionice su upućene u mogućnost autorizacije, ali i odustajanja te im je dana usmena uputa o odgovaranju na pitanja iz upitnika. Ispitanice su zamoljene da u svrhu što autentičnijeg viđenja problematike daju iskrene odgovore. Prosječno trajanje intervjua je 30 – 40 minuta, a rezultati su anonimni. Svi razgovori su se snimali uz verbalni pristanak i nakon toga doslovno transkriptirali.

3.4. Metode obrade podataka

U kvantitativnom dijelu istraživanja izračunati su osnovni statistički parametri na svim varijablama te Skali promocije i zaštite mentalnog zdravlja djece uz korištenje statističkog programa SPSS te su isti i slikovno prikazani. Za interpretaciju podataka koristila se deskriptivna statistika (aritmetička sredina, standardna devijacija, raspon rezultata) te frekvencije i postoci.

U kvalitativnom dijelu istraživanja analizu za tri pitanja otvorenog tipa čini klasifikacija odgovora u kategorije, frekvencija odgovora te izjave.

Tematska analiza korištena je za obradu podataka na dva pitanja iz intervjua kroz postupak klasifikacije i oblikovanja pojmova iz transkripta. Prvo su se u svakom intervjuu odredile jedinice kodiranja poput izjava, cijele rečenice ili dijelova odgovora. Zatim su određeni kodovi prvog reda, odnosno ključne riječi koje objašnjavaju kontekst. Kodovi drugog reda određeni su detaljnijim opisom kodova prvog reda, odnosno njihove biti pridruživanjem jednog relevantnog koda. Kodovi drugog reda nakon toga su grupirani u kategorije, odnosno povezane podatke istraživanja i teorija što je dovelo do bolje strukturiranosti empirijske građe, a isti su potkrijepljeni izjavama odgovajatelja.

4. REZULTATI I RASPRAVA

4.1. Kvantitativni dio istraživanja

U kvantitativnom dijelu istraživanja prikazani su rezultati frekvencija odgovora na pitanja o educiranosti odgajatelja na području mentalnog zdravlja, iskustva rada s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja, oblike podrške odgajatelju od strane stručnjaka te skala percepcije odgajatelja o promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece.

4.1.1. Educiranost odgajatelja u području mentalnog zdravlja djece

U Tablici 2 prikazani su odgovori odgajatelja na pojedina pitanja o njihovom obrazovanju na području mentalnog zdravlja u okviru: (1) kolegija ili tema unutar kolegija, (2) stručnih usavršavanja i (3) psihoterapijskih edukacija na temu teškoća mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi.

Tablica 2: Frekvencije odgovora roditelja o edukaciji na području mentalnog zdravlja djece

Edukacije o teškoćama mentalnog zdravlja		N (%)	
		DA	NE
Kolegiji ili teme unutar kolegija		7 (46,7%)	8 (53,3%)
Naziv kolegija	<i>Psihologija</i>	3 (20%)	
	<i>Pedagogija</i>	1 (6,7%)	
	<i>Neuropsihološke osnove učenja</i>	1 (6,7%)	
	<i>Inkluzivni odgoj i obrazovanje</i>	2 (13,3%)	
Usavršavanja ili edukacije na temu teškoća mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi		2 (13,3%)	13 (86,7%)

Naziv stručnog osposobljavanja ili edukacije	Edukacijskarehabilitacija ⁶	1 (6,7%)	
	Predškolska psihologija	1 (6,7%)	
	Savjetovanje usmjereno zaštiti mentalnog zdravlja djece	1 (6,7%)	
Pohađanje psihoterapijske edukacije		1 (6,7%)	14 (93,3%)
Naziv psihoterapijske edukacije	Marte Meo	1 (6,7%)	

Kao što je vidljivo u Tablici 2, 46,7% ispitanika slušalo je kolegije u kojima su učili o mentalnom zdravlju djece te navode kolegije *Psihologije*, *Inkluzivnog odgoja i obrazovanja*, *Neuropsihološke osnove učenja* te *Pedagogiju*. Njih 53,3% izjavljuje da nije slušalo kolegije u kojima su učili o mentalnom zdravlju. Većina ispitanika, njih 86,7% navodi da nije sudjelovalo u edukacijama u kojima su učili o mentalnom zdravlju djece, a 13,3% jest sudjelovalo na stručnim usavršavanjima i to s temama defektologije, predškolske psihologije i savjetovanja usmjerenog zaštiti mentalnog zdravlja djece. Psihoterapijsku edukaciju pohađalo je 6,7% ispitanika i to edukaciju pod nazivom *Marte Meo* dok većina (93,3%) nije pohađala takve edukacije.

Muslić i suradnici (2015) u uvodnom članku projekta „*Živjeti zdravo*“ navode da iz njihovih istraživanja proizlazi da su učitelji po pitanju zdravstvene pismenosti na području mentalnog zdravlja naglasili kako im nedostaje znanja, usavršavanja i edukacija i kako je to prepreka koju vide pri rješavanju problema s mentalnim zdravljem što je slučaj i u ovom istraživanju. Iz njihovog istraživanja, kao i iz ove studije, proizlazi da je za aktivni doprinos zdravstvenoj pismenosti potrebno

⁶ Ispitanik je koristio stariji termin Defektologija

uložiti u profesionalni razvoj odgojno- obrazovnih djelatnika, u našem slučaju, odgajatelja.

4.1.2. Iskustvo rada s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja i oblici podrške

U Tablici 3 prikazani su odgovori odgajatelja na pitanja o: (1) iskustvima rada s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja, (2) prisutnosti djece s teškoćama u skupini (3) podršci stručnog tima i (4) održavanja individualnih konzultacija.

Tablica 3 : Frekvencija odgovora odgajatelja o iskustvu rada s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja i oblicima podrške

	DA		NE	
	N	%	N	%
Imate li iskustva u radu s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja?	9	60,0	6	40,0
Imate li trenutno u skupini dijete / djecu s teškoćama mentalnog zdravlja?	3	20,0	12	80,0
Imate li podršku stručnog tima u radu s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja?	10	66,7	5	33,3
Održavam individualne konzultacije s roditeljima	14	93,3	1	6,7

Prema Tablici 3 većina ispitanika (93,3%) održava individualne konzultacije s roditeljima. Iskustvo u radu s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja ima 60% ispitanika dok njih 40% nema iskustva. Trenutno u skupini dijete/djecu s teškoćama mentalnog zdravlja ima 20% ispitanika dok njih 80% nema dijete/djecu s teškoćama

u skupini. Većina (66,7%) ima podršku stručnog tima u radu s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja dok se njih 33,3% izjašnjava da nema podršku stručnog tima.

U Tablici 4 prikazani su odgovori odgajatelja o profilu stručnjaka koji su im pružali podršku: (1) cijeli stručni tim, (2) psiholog (3) stručnjaci s područja edukacijsko rehabilitacijskih znanosti: edukacijski rehabilitator, rehabilitator za autizam i logoped.

Tablica 4: Stručnjaci koji pružaju podršku

Stručnjaci koji pružaju podršku	N (%)
Cijeli stručni tim	2(13%)
Psiholog	3(20%)
Edukacijsko-rehabilitacijske znanosti	
Edukacijski rehabilitator	4(26%)
Logoped	2(13%)

Od ukupno 15 odgajatelja njih 11 je odgovorilo na ovo pitanje. U Tablici 4, na pitanje od kojih stručnjaka dobivaju pomoć, odgajateljice u većini navode stručnjake s područja edukacijsko-rehabilitacijskih znanosti, odnosno edukacijske rehabilitatore (26%) i logopede (13%) dok u manjini navode psihologe (20%) i cijeli stručni tim (13%).

4.1.3. Mišljenja odgajatelja o promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece u ustanovama za rani i predškolski odgoj i obrazovanje

U Tablici 8 prikazani su osnovni statistički pokazatelji na Skali promocije i zaštite mentalnog zdravlja djece u 4 dimenzije: (1) kompetentnost stručnjaka u prevenciji mentalnog zdravlja; (2) samopercipirana osposobljenost odgajatelja u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja; (3) procjena kvalitetne suradnje i podrške odgajateljima u zaštiti mentalnog zdravlja djece i (4) aktivnosti koje se u svrhu promocije i zaštite mentalnog zdravlja provode unutar ustanove u kojoj je odgajatelj zaposlen

Tablica 8: Deskriptivna statistika za skalu stavova – odgajateljevo mišljenje o kompetencijama u zaštiti mentalnog zdravlja

<i>Preventivno i kurativno postupati u zaštiti mentalnog zdravlja djece kompetentni su ...</i>	N	Min - Max	M/SD
...odgajatelji	15	2-5	4,00 (,845)
...pedagozi	15	1-5	3,20 (1,014)
...psiholozi	15	3-5	4,26 (,798)
...edukacijski rehabilitatori	15	4-5	4,66 (,487)
<i>Smatram se osposobljenim za promociju i zaštitu mentalnog zdravlja djece ...</i>			
... tijekom studija.	15	1-4	2,33 (1,046)
...tijekom profesionalnog razvoja (stručna usavršavanja).	15	1-5	2,56 (1,060)
... samostalnim učenjem o ovoj temi (čitanje stručne literature, sudjelovanje na javnim predavanjima, pohađanjem edukacija koje sam sam našao i plaćao,...).	15	2-5	3,93 (,961)
...dostupnim savjetima stručnjaka na radnom mjestu i izvan njega	15	2-4	3,20 (,676)
<i>U zaštiti mentalnog zdravlja djece imam kvalitetnu ...</i>			
... institucionalnu podršku u vrtiću.	15	2-5	3,26 (,703)
... suradnju sa stručnim suradnicima.	15	2-5	3,46 (,910)
... suradnju sa stručnjacima za mentalno zdravlje djece izvan vrtića.	15	1-4	2,46 (1,060)
... suradnju s roditeljima.	14	1-4	3,28 (,994)
... podršku ostalih kolega odgajatelja.	15	1-5	3,93 (1,222)
...podršku kroz grupni rad (supervizijske grupe, grupe za refleksiju, ...).	15	2-5	3,33 (,899)

<i>U ustanovi ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja u kojoj sam zaposlen</i>			
... potiče se aktivna uključenost roditelja.	15	4-5	4,46 (,516)
... redovito se organiziraju različite aktivnosti rada koje uključuje aktivno sudjelovanje roditelja.	15	3-5	4,00 (,925)
... promiče se dijalog s roditeljima o pitanjima mentalnog zdravlja	15	1-4	3,13 (915)
...njeguje se ozračje otvorenog razgovora o mentalnom zdravlju djece.	15	1-5	3,33 (1,234)
... mentalno zdravlje je „tabu“ tema .	15	1-5	3,00 (1,362)
... stručni suradnici osmišljavaju se aktivnosti u zaštiti mentalnog zdravlja djece.	15	1-4	2,06 (,961)
... odgajatelji osmišljavaju se aktivnosti u zaštiti mentalnog zdravlja djece.	15	1-5	3,20 (1,424)
... posvećuje se potrebna pozornost zaštiti mentalnog zdravlja djece.	15	1-5	3,00 (1,414)

Kao što je vidljivo u Tablici 8, percepcija odgajatelja o kompetencijama različitog profila stručnjaka u prevenciji i kurativnom postupanju u zaštiti mentalnog zdravlja djece, na ovom manjem uzorku odgajatelja, dala je zanimljive podatke. Naime, odgajateljice se u potpunosti ($M=4,66$; $SD=,487$) slažu s tvrdnjom da su edukacijski rehabilitatori kompetentni preventivno i kurativno postupati u zaštiti mentalnog zdravlja djece. U većoj mjeri slažu se da su psiholozi ($M=4,26$; $SD=,798$), odgajatelji ($M=4,00$; $SD=,845$) i pedagozi ($M=3,20$; $SD=1,014$) kompetentni preventivno i kurativno postupati u zaštiti mentalnog zdravlja djece. Odgajatelji percipiraju različitu razinu kompetentnosti pojedinih profila stručnih suradnika i prema tome rangiraju edukacijske rehabilitatore najkompetentnijima, zatim psihologe i odgajatelje, i potom pedagoge.

U drugoj ispitanoj dimenziji samoprocjene osposobljenosti za promociju i zaštitu mentalnog zdravlja dobivene su niže prosječne vrijednosti. U većoj se mjeri odgajatelji smatraju osposobljenima za promociju i zaštitu mentalnog zdravlja samostalnim učenjem o ovoj temi kroz razne izvore informacija, čitanje literature, sudjelovanje na predavanjima i edukacijama ($M=3,93$; $SD=,961$). Osrednjim smatraju dostupne savjete stručnjaka na radnom mjestu i izvan njega ($M=3,20$; $SD=,676$), stručna usavršavanja tijekom profesionalnog razvoja ($M=2,56$; $SD=1,060$) i u manjoj mjeri tijekom studija ($M=2,33$; $SD=1,046$).

U trećoj dimenziji, u procjeni kvalitete podrške odgajateljima u zaštiti mentalnog zdravlja djece, u većoj mjeri ($M=3,93$; $SD=1,222$) navode da imaju podršku ostalih kolega odgajatelja. Osrednje se slažu da u zaštiti mentalnog zdravlja djece imaju kvalitetnu suradnju sa stručnim suradnicima ($M=3,46$; $SD=,910$), podršku kroz grupni rad ($M=3,33$; $SD=,899$), suradnju s roditeljima ($M=3,28$; $SD=,994$) i institucionalnu podršku u vrtiću ($M=3,26$; $SD=,703$). U manjoj mjeri ($M=2,46$; $SD=1,060$) se slažu da u zaštiti mentalnog zdravlja djece imaju podršku suradnje sa stručnjacima za mentalno zdravlje djece izvan vrtića.

U četvrtoj dimenziji nalazimo najniže prosječne rezultate s najširim rasponom rezultata od $M=2,06$ do $M=4,46$. U procjeni provođenja zaštite mentalnog zdravlja unutar ustanove u kojoj su zaposleni, u većoj mjeri ($M=4,46$; $SD=,516$) se slažu da se potiče aktivna uključenost odgajatelja. U većoj mjeri se također slažu da se redovito organiziraju različite aktivnosti rada koje uključuje aktivno sudjelovanje roditelja ($M=4,00$; $SD=925$). Osrednje se slažu sa tvrdnjama da se njeguje ozračje otvorenog razgovora o mentalnom zdravlju djece ($M=3,33$; $SD=1,234$), da odgajatelji osmišljavaju aktivnosti u zaštiti mentalnog zdravlja djece ($M=3,20$; $SD=1,424$), da se promiče dijalog s roditeljima o pitanjima mentalnog zdravlja ($M=3,13$; $SD=,915$), da je mentalno zdravlje „tabu tema“ ($M=3,00$; $SD=1,362$) i da se posvećuje potrebna pozornost zaštiti mentalnog zdravlja djece ($M=3,00$; $SD=1,414$). U manjoj mjeri se slažu se s tvrdnjom da stručni suradnici osmišljavaju aktivnosti u zaštiti mentalnog zdravlja djece ($M=2,06$; $SD=,961$).

4.2. Kvalitativni dio istraživanja

U kvalitativnom dijelu istraživanja prikazani su rezultati odgovora na tri pitanja otvorenog tipa iz upitnika: (1) *Kako bi definirali mentalno zdravlje?* Mentalno zdravlje je / odnosi se na... (2) *Kako razumijete pojam zaštite mentalnog zdravlja?* (3) *Opišite teškoće mentalnog zdravlja kod djece rane i predškolske dobi.* U polustrukturiranom intervjuu prikupljeni su odgovori odgajatelja na dva pitanja: (1) Uloga odgajatelja u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi i (2) Uloga odgajatelja u pružanju podrške djeci i roditeljima u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja prikupljeni tijekom intervjua.

4.2.1. Definicija mentalnog zdravlja

Odgovori na pitanje *„Kako bi definirali mentalno zdravlje? Mentalno zdravlje je/odnosi se na...”* prikazani su u Tablici 5. Odgovori su klasificirani u pet kategorija, prikazane su frekvencije odgovora i izjave.

Tablica 5: Definicija mentalnog zdravlja

Definicija mentalnog zdravlja	N(%)	
Funkcioniranje	5	„emocije djece, stupanj socijalne uključenosti djeteta, njihov odnos prema sebi i stavove kao i odnos i stavove prema drugima“ (8/15) „stupanj socijalne i emocionalne uključenosti djeteta“ (7/15) „i bude uspješan u socijalnoj prilagodbi“ (10/15) „kvalitetan razvoj djeteta u svim područjima razvoja (emocionalnom, psihičkom i tjelesnom)“ (12/15) „odnosi se na zajednicu u cjelini, stabilnost,“ rasuđivanje“ (9/15)
Stanje / Zdravlje	8	„emocionalno i mentalno stanje djece“ (2/15) „odsutstvo mentalnih poremećaja“ (10/15)

		<i>„preduvjet kvalitetnog života. Može se definirati kao stanje koje nam pomaže ostvariti svoje sposobnosti, pomaže nam nositi se sa stresom svakodnevnog života, uravnoteženost“(6/15)</i> <i>„psihičko zdravlje“(3/15)(5/15)</i> <i>„Psihofizički razvoj djeteta“(1/15)</i> <i>„Psihofizičko zdravlje djeteta“(4/15)(14/15))</i>
Sposobnost	4	<i>„sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu, u svakodnevnim situacijama na adekvatan prihvatljiv način“(13/15)</i> <i>„sposobnost pojedinca da se nosi sa životnim problemima, svjesno i racionalno“(15/15)</i> <i>„sposobnost održavanja socijalnih odnosa, komunikacije, razumnog razmišljanja, promišljanja, zaključivanja i činjenja. Također je važno za samoodržanje i preživljavanje čovjeka.“(11/15)</i> <i>„sposobnost pojedinca da ostvari svoje potencijale i bude uspješan u socijalnoj prilagodbi“(10/15)</i>

Rezultati analize podataka otkrivaju tri dimenzije odgovora na definiciju mentalnog zdravlja: (1) Funkcioniranje (2) Stanje/zdravlje (3) Sposobnost.

Prvu kategoriju čine izjave u kojima odgajateljice mentalno zdravlje povezuju sa funkcioniranjem djece pa tako kažu da se mentalno zdravlje odnosi na *„emocije djece, stupanj socijalne uključenosti djeteta, njihov odnos prema sebi i stavove kao i odnos i stavove prema drugima“(8/15), „stupanj socijalne i emocionalne uključenosti djeteta“(7/15) i da „bude uspješan u socijalnoj prilagodbi“(10/15), da ono znači „kvalitetan razvoj djeteta u svim područjima razvoja (emocionalnom, psihičkom i tjelesnom)“(12/15) te da se „odnosi se na zajednicu u cjelini, stabilnost,“ rasuđivanje“(9/15).*

Drugu kategoriju čine odgovori u kojima odgajatelji opisuju mentalno zdravlje kao stanje ili zdravlje pa je ono *„odsutstvo mentalnih poremećaja (...) sposobnost pojedinca da ostvari svoje potencijale i bude uspješan u socijalnoj prilagodbi“(10/15), „preduvjet kvalitetnog života. Može se definirati kao stanje koje nam pomaže ostvariti svoje sposobnosti, pomaže nam nositi se sa stresom svakodnevnog života, uravnoteženost“(6/15) te da je ono „emocionalno i mentalno*

stanje djece“ (2/15). Nekoliko odgajateljica spominje ga još i kao „psihičko zdravlje“(3/15)(5/15), „psihofizički razvoj djeteta“(1/15) i „psihofizičko zdravlje djeteta“(4/15)(14/15).

Treća kategorija mentalno zdravlje opisuje kao određenu sposobnost pa odgajatelji kažu da je ono *“sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu, u svakodnevnim situacijama na adekvatan prihvatljiv način“(13/15)*, da je to *„sposobnost pojedinca da se nosi sa životnim problemima, svjesno i racionalno“(15/15)* te da je ono *„sposobnost održavanja socijalnih odnosa, komunikacije, razumnog razmišljanja, promišljanja, zaključivanja i činjenja. Također je važno za samoodržanje i preživljavanje čovjeka“(11/15)* i da je to *„sposobnost pojedinca da ostvari svoje potencijale i bude uspješan u socijalnoj prilagodbi“(10/15)*.

4.2.2. Pojam zaštite mentalnog zdravlja

U Tablici 6 odgovori na pitanje otvorenog tipa *„Kako razumijete pojam zaštite mentalnog zdravlja?“* klasificirani su u četiri kategorija, prikazane su frekvenije odgovora i izjave.

Tablica 6: Zaštita mentalnog zdravlja

Zaštita mentalnog zdravlja	N(%)	
Potrebe i zdravlje	3	„briga o emocionalnim i socijalnim potrebama djece“(4/15) „briga o emocionalnom zdravlju djeteta“(7/15) „zaštita mentalnog zdravlja treba uključivati brigu o emocionalnom zdravlju osobe“(8/15)
Prepoznavanje, prevencija i osiguravanje podrške	7	„odnosi na osiguravanje podrške, određenih mjera, ranu intervenciju i prepoznavanje određenih teškoća kod osoba te pomoć pri savladavanju tih poteškoća“(13/15) „podrazumijeva prevenciju, ranu intervenciju i zaštitu zdravlja i pružanje podrške“(10/15) „prepoznavanje eventualnih poteškoća te pružanje pomoći djetetu,

		<i>stvaranje okruŕja i ozraĉja za zdravi razvoj djeteta“(1/15)</i> <i>„prevencija potencijalnih budućih smetnji i teškoća, prepoznavanje i reagiranje“(6/15)</i> <i>„preventiva mentalnog zdravlja, reagiranje i postupanje u što ranijem otkrivanju poremećaja kako bi se spriječila veća oštećenja“. (5/15)</i> <i>„poduzimanje postupaka koji mogu pozitivno djelovati na naš unutarnji mir (pozitivno razmišljanje)“(15/15)</i> <i>„u kontekstu pruŕanja pomoći kako bi se zaštitilo dječje psihiĉko zdravlje“(3/15)</i>
Okolinski uvjeti	3	<i>„dijete bi trebalo ŕivjeti u "normalnim" obiteljskim uvjetima, pravilna ishrana, aktivnosti u skladu s razvojnim mogućnostima“(12/15)</i> <i>„sigurna sredina, predviđiva sredina“(9/15)</i> <i>„zaštititi djecu od negativnih vanjskih utjecaja, nauĉiti ih nositi se sa razliĉitim emocionalnim stanjima, te usredotoĉiti ih na rješavanje problema“(2/15)</i>
Educiranje zajednice	2	<i>„sva djelovanja "mentalno zdravih" kako bi se djeci i ostalima potencionalno bolesnim pomoglo da uklone sve ĉimbenike koji bi mogli utjecati na zdravlje te prihvaćenost u društvu i okolini.“(11/15)</i> <i>„edukacije na tu temu“(14/15)</i>

Kao što je vidljivo u Tablici 6, rezultati analize otkrivaju ĉetiri dimenzije odgajateljevih odgovora na pitanje zaštite mentalnog zdravlja: (1) Potrebe i zdravlje (2) Prepoznavanje, prevencija i osiguravanje podrške, (3) Okolinski uvjeti i (4) Educiranje zajednice.

U prvoj kategoriji odgovora nalaze se oni koji zaštitu mentalnog zdravlja vide kroz zaštitu socio-emocionalnih potreba i zdravlja djece pa navode da je to *„briga o emocionalnim i socijalnim potrebama djece“(4/15)*, *„briga o emocionalnom zdravlju djeteta“(7/15)*, zatim *„zaštita mentalnog zdravlja treba uključivati brigu o emocionalnom zdravlju osobe“(8/15)*.

Druga kategorija je najbrojnija, a odnosi se na zaštitu mentalnog zdravlja kroz prepoznavanje, prevenciju i osiguravanje podrške pa je njih sedam reklo da je zaštita pojam koji se *„odnosi na osiguravanje podrške, određenih mjera, ranu intervenciju i*

prepoznavanje određenih teškoća kod osoba te pomoć pri savladavanju tih poteškoća“(13/15), kako on „podrazumijeva prevenciju, ranu intervenciju i zaštitu zdravlja i pružanje podrške“(10/15), „prepoznavanje eventualnih poteškoća te pružanje pomoći djetetu, stvaranje okružja i ozračja za zdravi razvoj djeteta“(1/15), „prevencija potencijalnih budućih smetnji i teškoća, prepoznavanje i reagiranje“(6/15), „preventiva mentalnog zdravlja, reagiranje i postupanje u što ranijem otkrivanju poremećaja kako bi se spriječila veća oštećenja“(5/15), „poduzimanje postupaka koji mogu pozitivno djelovati na naš unutarnji mir (pozitivno razmišljanje)(15/15)“ te da ju vide „u kontekstu pružanja pomoći kako bi se zaštitilo dječje psihičko zdravlje“(3/15).

Treća kategorija zaštitu opisuje kroz okolinske uvjete u kojima dijete boravi pa tako zaštita znači da bi *„dijete bi trebalo živjeti u "normalnim" obiteljskim uvjetima, pravilna ishrana, aktivnosti u skladu s razvojnim mogućnostima“(12/15) te da je ona „sigurna sredina, predvidiva sredina“(9/15) te da treba „zaštititi djecu od negativnih vanjskih utjecaja, naučiti ih nositi se sa različitim emocionalnim stanjima, te usredotočiti ih na rješavanje problema“(2/15).*

Četvrta kategorija zaštitu vidi kroz educiranje zajednice i djelovanje društva u cjelini pa je zaštita *„sva djelovanja "mentalno zdravih" kako bi se djeci i ostalima potencionalno bolesnim pomoglo da uklone sve čimbenike koji bi mogli utjecati na zdravlje te prihvaćenost u društvu i okolini“(11/15) i smatraju da nedostaje „edukacije na tu temu“(14/15).*

4.2.3. Teškoće mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi

U Tablici 7 odgovori na pitanje „Opišite teškoće mentalnog zdravlja kod djece rani predškolske dobi“ klasificirani su u tri kategorije, prikazane su frekvencije odgovora i izjave.

Tablica 7: Teškoće mentalnog zdravlja

Teškoće mentalnog zdravlja	N(%)	
Problemi u ponašanju	8	„izolacija djeteta, otuđenost, povlačenje u sebe, nesocijalno ponašanje“(8/15) socijalne i ponašajne teškoće“(4/15) „Kad se dijete neće igrati s drugom djecom nego radije bude sam i kad ima jake tantrume“(3/15) „neprilagodljivost, niži nivo rasuđivanja, slaba socijalizacija“(9/15) „povučenost, autoagresija, nekontrolirani izljevi bijesa, poremećaj pažnje i koncentracije“(13/15) „Socio-emocionalni poremećaji (agresivnosti, povučenost, ne komuniciranje sa okolinom, izolacija)“(1/15) „teškoće pažnje i koncentracije, agresivnost prema sebi i drugima, povučenost“(10/15) „visoka razina aktivacije, agresivne reakcije, slaba kontrola impulsa, pretjerano kontrolirajuće ponašanje, depresivno raspoloženje“(6/15)
Emocionalna stanja teškoće	4	„emocionalne, socijalne i ponašajne teškoće“(4/15) „Frustracija, anksioznost, introvertnost, prenaplašene emocije (tuga, sreća i sl)“(2/15) „nezadovoljstvo, frustriranost, nesposobnost nošenja s vlastitim emocijama“(15/15) „povlačenje u sebe, neuključenost, nezadovoljstvo“(7/15)
Teškoće u razvoju	3	„adhd, autizam, down sindrom, poremećaj pažnje, ponašanja“(14/15) „mentalna retardacija, downow sindrom, svi poremećaji ponašanja, autizam“(5/15) „debljina, dijagnosticirane bolesti“(11/15)

Odgovori se mogu klasificirati u tri grupe teškoća: (1) probleme u ponašanju, (2) emocionalna stanja i teškoće i (3) teškoće u razvoju.

U smjeru problema u ponašanju, a ujedno u kontekstu prve kategorije, odgovajateljice odgovaraju da su oni „izolacija djeteta, otuđenost, povlačenje u sebe, nesocijalno ponašanje“(8/15), „socijalne i ponašajne teškoće“(4/15), „Kad se dijete neće igrati s drugom djecom nego radije bude sam i kad ima jake tantrume“(3/15)

„neprilagodljivost, niži nivo rasuđivanja, slaba socijalizacija“ (9/15), „povučenost, autoagresija, nekontrolirani izljevi bijesa, poremećaj pažnje i koncentracije“ (13/15), „Socio-emocionalni poremećaji (agresivnosti, povučenost, ne komuniciranje sa okolinom, izolacija)“ (1/15), „teškoće pažnje i koncentracije, agresivnost prema sebi i drugima, povučenost“ (10/15) i „visoka razina aktivacije, agresivne reakcije, slaba kontrola impulsa, pretjerano kontrolirajuće ponašanje, depresivno raspoloženje“ (6/15).

Drugu kategoriju čine emocionalna stanja i teškoće pa odgajateljice navode *„emocionalne, socijalne i ponašajne teškoće“ (4/15), „Frustracija, anksioznost, introvertnost, prenaglašene emocije (tuga, sreća i sl)“ (2/15), „nezadovoljstvo, frustriranost, nesposobnost nošenja s vlastitim emocijama“ (15/15) i „povlačenje u sebe, neuključenost, nezadovoljstvo“ (7/15).*

Treća kategorija odnosi se na teškoće u razvoju: *„adhd, autizam, down sindrom, poremećaj pažnje, ponašanja“ (14/15), „mentalna retardacija, downow sindrom, svi poremećaji ponašanja, autizam“ (5/15) i „debljina, dijagnosticirane bolesti“ (11/15).*

4.2.4. Uloga odgajatelja u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece

U Tablici 9 odgovori na pitanja o ulozi odgajatelja u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece klasificirani su tematskom analizom teksta te podijeljeni na kategorije, subkategorije, kodove i izjave.

Tablica 9: Uloga odgajatelja u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece

Kategorija	Subkategorija	Kodovi	Izjave iz intervjua
Dijete	Dobrobit	Briga o mentalnom zdravlju djeteta Briga o emotivnom stanju djeteta	<i>„pomoći djeci u njihovom razvoju i održavanju tog mentalnog zdravlja“ (11/15)</i>

	Emocionalna podrška	Dopuštanje djetetu da pokaže svoje emocije Razumijevanje i ohrabrivanje djece	<i>„Naša uloga je da pružimo, da pokažemo razumijevanje, pružanje emocionalne podrške.“ (5/15)</i>
	Zaštita	Odgajatelj stvara sigurnu okolinu Odgajatelj je zaštitnik	<i>„Pa uloga je odgajatelja da on stvori okolinu, (...) mi smo tu da to prepoznamo, zato smo važni da ih zaštitimo.“ (4/15)</i>
	Važna osoba/ Uzor	Redovan kontakt s djetetom Osjećaj sigurnosti i stabilnosti i prijateljstva Stvaranje pozitivne slike o odraslima	<i>Uloga odgajatelja, naša je pružiti pozitivan utjecaj djeci, da oni usvajaju vještine i kompetencije bitne za zaštitu njihovog mentalnog zdravlja (8/15)</i>
	Dijalog	Međusobno uvažavanje i komunikacija	<i>Zajednički nađu metodu i rješenje koje najbolje odgovara za to dijete (2/15)</i>
Okruženje	Odgajno-obrazovno okruženje	Stvoriti primjereno okruženje kroz ponudu aktivnosti	<i>ponuda različitih aktivnosti (15/15)</i>
	Poticažno socijalno okruženje vrtića	Stvoriti poticažno i sigurno okruženje Stvoriti okruženje u suradnji s djecom	<i>Mislim da sigurno i poticajno okruženje je neprocjenjivo za rast i razvoj djeteta (2/15)</i>
	Odnosi s vršnjacima	Poticanje pozitivnih odnosa	<i>poticanje na pozitivne odnose u grupi (15/15)</i>
Odgajatelj	Prepoznati i reagirati	Prepoznati ponašanje, pratiti djecu i pomoći	<i>Uloga odgajatelja je prepoznati potencijalne probleme i reagirati (6/15)</i>
	Informirati roditelje	Informiranje i ukazivanje roditeljima na probleme	<i>Onda informiranje o tome nečem u čemu je problem. (15/15)</i>
	Edukacija	Dodatno se educirati	<i>edukacija odgajatelja ..(14/15)</i>
Roditelji	Savjetodavna podrška	Podrška roditeljima kroz stručne savjete	<i>„...pruža podršku roditeljima i stručne savjete“ (2/15)</i>
	Edukacija	Organizirati radionice	<i>„Možda organizirati radionice...., (13/15)</i>
	Pružiti podršku	Podrška zbog uočenog problema	<i>„...pruža podršku roditeljima“ (2/15)</i>
	Roditeljski/individualni sastanci	Održavanje sastanaka i informacija	<i>Svakodnevna izmjena informacija, roditeljski sastanci (14/15)</i>
	Uputiti ih stručnim suradnicima	Podrška kroz upućivanje	<i>Uloga je pružati podršku roditeljima, ... uputiti stručnim osobama, (11/15).</i>

		stručnjacima	
Stručni suradnici	Zatražiti pomoć	Nedovoljan osjećaj stručnosti	<i>„... znači i potražiti pomoć stručnoga tima. Bez zadrške ili razmišljanja. (6/15)</i>
	Suradnja	Suradnja sa stručnim timom	<i>„Odgajatelj se mora povezati sa stručnim timom“ (7/15)</i>
Društvena zajednica	Prava djece	Borba za glas djece kroz prava djece i informiranje okoline	<i>„Naša je uloga boriti se za pravo djece ...“ (9/15)</i>

Rezultati analize podataka otkrivaju šest kategorija odgovora: (1) Dijete (2) Okruženje, (3) Odgajatelja, (4) Roditelji, (5) Stručni suradnici i (6) Društvena zajednica. O svakoj kategoriji i subkategoriji raspravlja se dalje u tekstu.

Dijete

Odgovarajući na ovo pitanje, odgajatelji prvenstveno govore o svom odnosu sa djecom što dijete čini prvom kategorijom odgovora kroz koju se javlja pet subkategorija: dobrobit, emocionalna podrška, zaštita, važna osoba ili uzor i dijalog. Praćenjem njihovih odgovora u kontekstu djeteta vidimo da su usmjereni na cjelovit razvoj djeteta, njegovu dobrobit, njegov odgoj, učenje kao i razvijanje različitih kompetencija što se očituje kao povezanost sa načelima, vrijednostima i ciljevima Nacionalnog kurikulum za rani i predškolski odgoj i obrazovanje (2014) .

Prvu subkategoriju čini dobrobit pa tako jedna odgajateljica kaže da je njihova uloga *„pomoći djeci u njihovom razvoju i održavanju tog mentalnog zdravlja (11/15)* te da treba *„ohrabrivati takvu djecu“ (8/15)*. Druga odgajateljica kaže da je *„Uloga odgajatelja..mhmm..prepoznavanje dječjih emocija, stanja“ (15/15)* dok treća govori da treba *„utješiti dijete ako je tužno ili se boji“ (3/15)*. Takav pogled kroz brigu o mentalnom i emotivnom stanju djeteta ujedno predstavlja jedan od ciljeva Nacionalnog kurikulum za rani i predškolski odgoj i obrazovanje (2014:24) pod nazivom *Osiguravanje dobrobiti za dijete* koji dobrobit djeteta vidi kroz njegovu *„osobnu, emocionalnu i tjelesnu, obrazovnu i socijalnu dobrobit.“*

Emocionalnu podršku odgajateljici vide kroz razumijevanje, ohrabrivanje djece pa tako jedna odgajateljica govori da treba „*pomoći djetetu da iskaže svoje emocije, eventualne probleme*“ (2/15). Druga odgajateljica kaže: „*Naša uloga je da pružimo, da pokažemo razumijevanje, pružanje emocionalne podrške*“ (5/15) dok treća također govori da bi trebali „*pružiti emocionalnu potporu i ohrabrivati takvu djecu*“ (8/15). Jedna odgajateljica govori da djeci možemo pokazati da „*možemo biti tu jedni za druge*“ (5/15), a druga da treba „*hvaliti dijete kada pokaže adekvatno ponašanje i pokazati mu da je dobro nešto napravilo*“ (13/15).

Sljedeća subkategorija je zaštita koju odgajateljici vide kroz to da stvaraju sigurnu okolinu i da sebe portretiraju kao zaštitnike pa tako jedna odgajateljica kaže da je uloga odgajatelja „*da on stvori okolinu, normalno i da zaštititi dijete od negativnih utjecaja. Vidite, nama je to svakodnevno. Svakodnevno ih roditelji ostavljaju s nama po cijele dane i mi smo tu da to prepoznamo, zato smo važni da ih zaštitimo*“ (4/15).

Videnje uloge odgajatelja kao važne osobe ili uzora djetetu je pretposljednja subkategorija koja se izražava kroz izjave odgajatelja da su „*najčešće prva osoba koja ima redovan kontakt s djetetom*“ (2/15), da „*može pružiti strukturu, podršku i sigurnost*“ (2/15), da je „*važno je pružanje kvalitetnih primjera djeci*“ (10/15), a kroz to odgajatelj pruža pozitivnu sliku o odraslima pa tako jedna odgajateljica govori „*To mislim da smo mi odgajatelji oni koji djeci pružaju osjećaj stabilnosti, da smo dosljedni, da im pokazujemo na svojim primjerima kako u svakodnevicu možemo biti tu jedni za druge*“ (5/15). Još jedna odgajateljica govori da odgajatelj „*kao model ponašanja može biti uzor djetetu u skupini*“ (12/15).

Dijalog, kao posljednja subkategorija govori o međusobnom uvažavanju i komunikaciji pa tako jedna odgajateljica uzajamnu otvoren odnos pun uvažavanja opisuje da „*Zajednički nađu metodu i rješenje koje najbolje odgovara za to dijete*“ (2/15).

Okruženje

Kategorija *Okruženje* dalje se razlaže na tri subkategorije. Jedna je odgojno-obrazovno okruženje, druga poticajno socijalno okruženje vrtića, a treća je odnos s vršnjacima. U prva dva slučaja odgajatelji ističu važnost kreiranja poticajnog i pozitivnog okruženja. Odgojno-obrazovno okruženje jedna odgajateljica vidi kroz to da se omogući „ponuda različitih aktivnosti“ (15/15), druga kaže „da im pružaš svu njegu i pažnju izborom adekvatnih aktivnosti, ciljanih aktivnosti“(14/15), a treća tvrdi da treba „omogućiti kvalitetno okruženje u kojem se dijete osjeća prihvaćeno i voljeno“(1/15).

Poticajno socijalno okruženje vrtića odgajateljice opisuju kroz stvaranje sigurnog okruženja i okruženja u suradnji s djecom pa jedna odgajateljica kaže „Onda osiguranje poticajne okoline, moramo im pomoći u sobi, slušati ih što oni žele, treba im pomoć u socijalizaciji i opet važno je pružanje kvalitetnih primjera djeci“(10/15). Druga odgajateljica kaže „Pa uloga je odgajatelja da on stvori okolinu, da je njemu svakodnevno stvaranje poticajne i sigurne okoline“ (4/15). Važnost odnosa s vršnjacima jedna odgajateljica opisuje kroz „poticanje na pozitivne odnose u grupi“ (15/15), a druga kaže da „Treba omogućiti djeci što više situacija za iskustveno učenje i druženje s drugima i tako...“(13/15).

Odgajatelj

U kategoriji odgajatelja kodirane su tri subkategorije: prepoznati i reagirati, informirati roditelje i edukacija. Unutar subkategorije prepoznavanja i reagiranja na ponašanje te pomaganja, jedna odgajateljica kaže „Uloga nam je svakodnevno praćenje djece i postupanje u skladu s onim što zamijetimo, znači da odmah reagiramo“ (10/15). Druga kaže „...a odgajatelj kao jedan profesionalac, naravno trebao bi kao prvo prepoznati takvo ponašanje i pomoći djetetu“ (1/15). Treća kaže da je uloga odgajatelja „važna, a i stručnog tima, jer smo mi prvi koji u većini slučajeva najviše vremena provodimo s tom djecom i uočavamo ili bi trebali pa djelujemo“(11/15).

Subkategorija informiranja roditelja uključuje ukazivanje na potencijalni problema kao i informiranje pa jedna odgajateljica da je uloga odgajatelja da „*ukazuje na problematična ponašanja*“ (2/15) dok druga kaže da je „*Uloga je .. informirati ih*“ (11/15). Jedan odgajateljica govori da je poanta „*prepoznavanje problematike i problema u razvoju i ukazivanje roditeljima na to*“ (14/15).

Osim informiranja, otvara se i subkategorija edukacije unutar koje odgajateljice spominju dodatnu edukaciju na temu pa jedna kaže da treba „*dodatno se informirati ili educirati kako na najbolji način pomoći i olakšati djetetu boravak u skupini*“ (12/15).

Roditelji

Kategorija roditelja dijeli se na pet subkategorija. Prva je savjetodavna podrška koja odražava kroz stručne savjete, a jedna odgajateljica tako govori da „*Roditelje možemo savjetovati.. i obitelji o što boljem odrastanju, uvjetima za rast i razvoj djeteta*“ (13/15).

Sljedeća je subkategorija edukacija za koju je kod organizacija radionica pa jedna odgajateljica kaže da bi mogli „*Možda organizirati radionice koje će pokazati roditeljima kako osigurati kvalitetno okruženje za njegov zdrav razvoj*“ (13/15).

Treća je subkategorija pružanje podrške ukoliko se uoče problemi pa jedna odgajateljica kaže da je potrebna „*podrška roditeljima ukoliko se nešto uoči, neki problem*“ (15/15). Druga kaže da je „*Uloga je pružati podršku roditeljima*“ (11/15).

Roditeljski/individualni sastanci su sljedeća subkategorija unutar koje odgajateljice kažu da „*treba održavati individualne informacije sa roditeljima i na taj način će najbolje pomoći*“ (7/15). Druga odgajateljica govori da „*Odgajatelj može informiranjem ili održavanjem tematskih roditeljskih sastanaka indirektno djelovati na roditelje...*“ (12/15).

Posljednja subkategorija je upućivanje roditelja na stručne suradnike unutar koje odgajateljice govore da kao podršku roditeljima treba „*...uključiti stručne suradnike*“ (13/15).

Stručni suradnici

Od stručnih suradnika odgajatelji traže pomoć i suradnju, dva pojma koja ujedno čine i dvije subkategorije. Traženje pomoći u svakom odgovoru odnosi se na nedostatak stručnosti i kompetencija pa tako jedna odgajateljica kaže „...*ako se sam ne osjeća kompetentnim. Zatim tražiti pomoć stručnog ..pomoć stručne osobe koja bi tu mogla pomoći*“(1/15), a druga da je važno „*obavješćavanje stručnog tima o tome*“(14/15).

Što se tiče suradnje, jedna odgajateljica kaže „*Odgajatelj se mora povezati sa stručnim timom*“ (7/15).

Društvena zajednica

Posljednja kategorija unutar sebe sadrži jednu subkategoriju Prava djece koja se odnosi na borbu za dječja prava i informiranje okoline za koju jedna odgajateljica kaže „*Naša je uloga boriti se za pravo djece i ukazivati na nedostatke sustava, to je naša uloga. Jedino tako ćemo im pomoći, ovako nas nitko ne čuje kad radimo pojedinačno, a ne stignemo*“(9/15), a druga kaže da treba „*također informirati okolinu*“ (11/15).

4.2.5. Uloga odgajatelja u pružanju podrške djeci i roditeljima u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja

U Tablici 10 odgovori na pitanja o ulozi odgajatelja u pružanju podrške djeci i roditeljima u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece klasificirani su tematskom analizom teksta te podijeljeni na kategorije, subkategorije, kodove i izjave.

Tablica 10: Uloga odgajatelja u pružanju podrške djeci i roditeljima u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja

Kategorija	Podkategorija	Kodovi	Primjer iz intervjua
Dijete	Dobrobit	Pomoć u sprečavanju pogoršanja problema Pomoć djeci u razvoju	„...pomoći djeci u njihovom razvoju i održavanju tog mentalnog zdravlja“ (11/15)
	Emocionalna podrška	Topao odnos Osjećaj sigurnosti i sreće Emocionalna potpora djeci i roditeljima	Jedan od načina je to da bude emocionalna potpora i djetetu i njegovim roditeljima. (8/15)
Okruženje	Poticažno socijalno okruženje vrtića	Osiguravanje poticajne okoline	„...omogućiti i stvoriti poticajnu okolinu (4/15)
Odgajatelj	Edukacija	Sami se educirati	dodatno se informirati ili educirati ... (12/15)
	Važna uloga	Važna uloga u situaciji	Mi možemo odigrati važnu ulogu u toj situaciji, (7/15)
Roditelji	Savjetodavna podrška	Podrška roditeljima kroz stručne savjete	Roditelje možemo savjetovati..13/15
	Pružanje podrške	Podrška roditeljima	Uloga je pružati podršku roditeljima, (11/15)
	Edukacija	Educirati roditelje o razvojnim fazama djeteta Održati edukacije Organizirati radionice	„...upoznavanje roditelja sa razvojnim fazama kroz koje dijete prolazi...“ (2/15)
	Emocionalna podrška	Biti emocionalna potpora, rame za plakanje	„...mi smo svojevrсно rame za plakanje.“ (5/15)
	Dobar odnos	Otvorena komunikacija s roditeljima	Moja mentorica ima dobar odnos s roditeljima...3/15)

	Roditeljski/individualni sastanci	Održavanje informacija, Individualnih informacija i sastanaka	<i>Kroz individualne informacije im pomoći pa tematski roditeljski, pozivanje na roditeljski (15/15)</i>
	Uputiti ih stručnim suradnicima	Usmjeriti na stručnjake	<i>treba ih usmjeravati na stručne službe(...), ne treba odustati. (6/15)</i>
	Uputiti na stručnu literaturu	Usmjeravanja na stručnu literaturu	<i>upućivanje na literaturu..mhh..sve to treba raditi. 15/15</i>
Stručni suradnici	Zatražiti pomoć	Tražiti mišljenje i podršku od stručnog tima	<i>„...mi bi trebali saslušati (...)usmjeriti ka stručnom timu, (...)da nama pomognu kao i roditeljima.“ (5/15)</i>
	Suradnja	Edukativno djelovanje u suradnji sa stručnim timom	<i>„...odgajatelj može djelovati vrlo edukativno, također u suradnji sa stručnim timom.“ (1/15)</i>
Društvena zajednica	Prava djece	Borba za dječja prava	<i>„...i tu nam je uloga boriti se za prava djece i ukazivati na probleme. (9/15)</i>
Obitelj	Savjetovanje obitelji	Informiranje obitelji o razvoju djeteta	<i>možemo savjetovati.. i obitelji o što boljem odrastanju, uvjetima za rast i razvoj djeteta .13/15</i>

Rezultati analize podataka otkrivaju sedam kategorija odgovora: (1) Dijete (2) Okruženje, (3) Odgajatelj, (4) Roditelji, (5) Stručni suradnici (6) Društvena zajednica i (7) Obitelj. O svakoj kategoriji i subkategoriji raspravlja se dalje u tekstu.

Dijete

Prva kategorija u odgovorima na ovo pitanje je također dijete, a kao subkategorije pojavljuju se dobrobit i emocionalna podrška.

Unutar subkategorije dobrobiti odgajateljice navode pomoć u sprečavanju pogoršanja problema i pomoć djeci u razvoju pa jedna govori da „*Odgajatelj treba nastojati pomoći kako bi se spriječilo pogoršanje postojećeg problema mentalnog zdravlja i njegov razvoj*“(8/15), da treba „...*pripremiti djecu za život*“ (4/15) i „*pomoći djeci u njihovom razvoju i održavanju tog mentalnog zdravlja*“ (11/15).

Subkategorija *emocionalne podrške* podrazumijeva topao odnos, osjećaj sigurnosti i sreće i emocionalnu potpora djeci i roditeljima pa tako jedna

odgajateljica kaže da „*najviše što na početku prvo i što odmah odgajatelj može pružiti takvom djetetu, to je jedna toplina, prepoznavanje i jedan topao odnos*“ (1/15). Druga odgovara slično pa kaže da je „*najvažnije što odgajatelj može napraviti za dijete je da se osjeća sigurno, prihvaćeno i sretno u grupi*“ (2/15).

Okruženje

Kategorija *Okruženje* sadrži jednu subkategoriju, a ona se odnosi na stvaranje poticajnog socijalnog okruženja vrtića i osiguravanje poticajne okoline pa tako jedna odgajateljica govori „*Onda osiguranje poticajne okoline, moramo im pomoći u sobi, slušati ih što oni žele...*“ (10/15) kao i druga koja kaže da treba „*...omogućiti i stvoriti poticajnu okolinu*“ (4/15).

Odgajatelj

Kategorija *odgajatelj* sadrži dvije subkategorije, edukacija i važna uloga. Edukacija se odnosi na potrebu za samoedukacijom, dodatnom edukacijom pa tako jedna odgajateljica govori „*mislim da je najbolje što možemo napraviti (...) sami odlaziti na edukacije da bismo im što bolje mogli pomoći, a samim time i sebi jer je sve veći broj djece koja trebaju pomoć.*“ (7/15). Druga spominje važnost „*edukacija odgajatelja*“ (14/15).

Važna uloga ogleda se u mišljenju odgajateljice da „*Mi možemo odigrati važnu ulogu u toj situaciji*“ (7/15).

Roditelji

Kategorija *roditelja* unutar sebe broji osam podkategorija: savjetodavna podrška, pružanje podrške, edukacija, emocionalna podrška, dobar odnos, roditeljski/individualni sastanci, uputiti ih stručnim suradnicima i uputiti na stručnu literaturu.

Savjetodavna podrška odnosi se na podršku roditeljima kroz stručne savjete pa jedna odgajateljica govori da je uloga odgajatelja da „...*pruža podršku roditeljima i stručne savjete*“ (2/15). Dalje govore da „*Pružanje podrške roditelju možemo kroz davanje potrebnih informacija, možemo ih savjetovati u domeni odgajatelja*“ (10/15) i možemo „*informirati ih*“ (11/15) kroz „*Svakodnevna izmjena informacija*“ (14/15).

Pružanje podrške dvije odgajateljice opisuju kao svoju ulogu pa jedna govori da je upravo „*Uloga je pružati podršku roditeljima*“ (11/15), a druga također smatra važnim „*pružanje podrške roditeljima u odgoju*“ (4/15).

Edukacija podrazumijeva educirati roditelje o razvojnim fazama djeteta, održati edukacije i organizirati radionice, a odgajateljice svoje mišljenje objašnjavaju tako da jedna govori: „*mislím da je najbolje što možemo napraviti održati edukacije za roditelje*“ (7/15). Druga ide u istom smjeru pa kaže „*Možda organizirati radionice koje će pokazati roditeljima kako osigurati kvalitetno okruženje za njegov zdrav razvoj, uključiti stručne suradnike i tako*“ (13/15). Jedna odgajateljica smatra „*da što se tiče suradnje s roditeljima, odgajatelj može djelovati vrlo edukativno*“ (1/15).

Emocionalnu podršku jedna odgajateljica vidi kao rame za plakanje pa kaže „...*mi smo svojevršno rame za plakanje*“ (5/15) dok druga kaže da je uloga u ovom smislu „*Jedan od načina je to da bude emocionalna potpora i djetetu i njegovim roditeljima*“ (8/15).

Dobar odnos znači otvorenu komunikaciju pa tako jedna odgajateljica govori da njezina „*mentorica ima dobar odnos s roditeljima i sve im kaže pa i kad trebaju na nečemu poraditi pa to mipa slim da je dobar način da im se da podrška*“ (3/15).

Roditeljski/individualni sastanci važan su dio uloge odgajatelja pa po njihovom mišljenju treba održavati „*Individualne informacije*“ (2/15) (14/15) pa „*Kroz individualne informacije im pomoći pa tematski roditeljski, pozivanje na roditeljski*“ (15/15), a to još navode druge odgajateljice pa potvrđuju da se „*moraju se održavati, roditeljski sastanci*“ (14/15) i „*Da bi pomogli roditeljima treba organizirati informativne susrete s roditeljima*“ (6/15).

Uputiti ih stručnim suradnicima znači po jednoj odgajateljici da „...*mi bi trebali saslušati i dati svoje mišljenje o temi te usmjeriti ka stručnom timu, da oni daju svoje mišljenje i podršku i da nama pomognu kao i roditeljima.*“ (5/15). Druga

potvrđuje: „treba ih usmjeravati na stručne službe(...), ne treba odustati“(6/15) te da „možemo ih upućivanje na druge stručnjake ukoliko mislimo da je to potrebno“(10/15). Još se jedna odgajateljica slaže da ih treba „uputiti stručnim osobama“ (11/15), a „Ukoliko odgajatelj primijeti neki problem onda on može uputiti roditelje stručnom timu, psihologu, pedagogu“(12/15).

Uputiti na stručnu literaturu važnim smatraju dvije odgajateljice koje navode da *„treba ih usmjeravati na stručne službe i literature koje bi im mogle pomoći, ne treba odustati“(6/15) i „upućivanje na literaturu..mhh..sve to treba raditi“ (15/15).*

Stručni suradnici

Stručni suradnici čine zasebnu kategoriju unutar koje se nalaze dvije subkategorije, a to su zatražiti pomoć i suradnja.

Zatražiti pomoć podrazumijeva tražiti mišljenje i podršku od stručnog tima pa jedna odgajateljica govori da *„...mi bi trebali saslušati i dati svoje mišljenje o temi te usmjeriti ka stručnom timu, da oni daju svoje mišljenje i podršku i da nama pomognu kao i roditeljima“ (5/15).*

Suradnja se odnosi na edukativno djelovanje sa stručnim timom pa jedna odgajateljica govori da *„...odgajatelj može djelovati vrlo edukativno, također u suradnji sa stručnim timom“ (1/15).*

Društvena zajednica

Ova kategorija sadrži dvije subkategorije od kojih se prva od iste odgajateljice ponavlja u istom kontekstu, a radi se pravima djece pa ona kaže *„...i tu nam je uloga boriti se za prava djece i ukazivati na probleme. To znači da treba osvješćivati širu javnost i treba o tome svemu pričati, treba senzibilizirati javnost i roditelje i odgajatelje i ustanove, znači sve uključene u odgojno-obrazovni proces, znači treba se boriti i glasno govoriti o problemima, to nam je uloga“ (9/15).*

Druga je subkategorija informiranje okoline društvene zajednice pa tako jedna odgajateljica spominje da treba *„također informirati okolinu“(11/15).*

Obitelj

Posljednja kategorija koju spominje samo jedna odgajateljica odnosi se na obitelja pa njezin kod čini savjetovanje obitelji, a izjava glasi da „*možemo savjetovati.. i obitelji o što boljem odrastanju, uvjetima za rast i razvoj djeteta*“(13/15).

5. ZAKLJUČAK

Djeca s teškoćama mentalnog zdravlja uključena u rani i predškolski odgoj i obrazovanje, kao i njihovi roditelji, zbog svojih specifičnih obilježja i potreba zahtijevaju posebnu pozornost odgajatelja. S obzirom da im je prilikom pružanja podrške potreban veći stupanj razumijevanja i potpore, kako bi suradnja, pomoć i podrška bila adekvatna i uspješna, važno je da je odgajatelj osposobljen, kompetentan, da ima podršku stručnih suradnika i da je, prije svega, zdravstveno pismen na temu mentalnog zdravlja.

Cilj i smisao ovog istraživanja bio je utvrditi mišljenja odgajatelja, ali i ukazati na važnost njegove uloge u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece. Empirijsku građu ovog istraživanja čine odgovori petnaest odgajatelja s područja Primorsko-goranske, Istarske i Zagrebačke županije, a mješoviti istraživački pristup doprinio je analizi rezultata istraživanja u kontekstu dubljih uvida te predstavlja poticaj za provođenje daljnjih istraživanja, ali i unaprjeđenje trenutne situacije po pitanju osposobljavanja odgajatelja, suradnje sa stručnim suradnicima i pružanja podrške djeci i roditeljima u ustanovama za rani i predškolski odgoj i obrazovanje.

Samopercepcija nedovoljne osposobljenosti i edukacije vidljiva u rezultatima kvantitativnog istraživanja (53,3% njih nije slušalo kolegije na tu temu, 86,7% nije pohađalo usavršavanja niti je 93,3% pohađalo psihoterapijske edukacije) unatoč velikom broju iskustva u radu s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja (60%) sugerira da vještine savjetovanja i pružanja podrške nisu zadovoljavajuće što se u kvalitativnom istraživanju dodatno potvrđuje kroz izjave da se potrebno dodatno informirati ili educirati. Zanimljivo je istaknuti da je samo jedan od navedenih odslušanih kolegija na diplomskoj razini studija, dok su ostali na preddiplomskoj razini. S tim u vezi, manje od polovice ispitanika (46,7%) se prisjeća kolegija iako je većina (73,3%) završila preddiplomski studij iz čega proizlazi potreba snažnije implementacije praktičnog dijela takvih i sličnih kolegija kako bi oni imali odjeka na svakodnevno funkcioniranje odgajatelja. To dodatno potvrđuju rezultati dobiveni u okviru odgajateljeve percepcije promocije i zaštite mentalnog zdravlja djece u

ustanovama u kojima su zaposleni. Odgajatelji se u manjoj mjeri procjenjuju osposobljenima tijekom studija, a u većoj mjeri se smatraju osposobljenima kroz samostalno učenje, čitanje literature te sudjelovanje na predavanjima i edukacijama koje su samostalno pronalazili, odlučili pohađati i plaćati što govori o njihovoj potrebi za učenjem i stjecanjem novih kompetencija.

Po pitanju podrške od strane stručnih suradnika, veći broj odgajatelja (66,7%) potvrđuje da ima podršku stručnog tima, međutim, rezultati kvalitativnog istraživanja detaljnije opisuju nižu razinu dostupne podrške vidljive u izjavama odgajatelja koji eksplicitno navode da su usmjereni ka stručnom timu i da očekuju da im pomognu kao i roditeljima. U procjeni kompetencija različitih profila stručnih suradnika u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja odgajatelji prvenstveno navode stručnjake s područja edukacijsko-rehabilitacijskih znanosti i logopede. Također, procjenjuju da kvalitetnu podršku u većoj mjeri imaju od ostalih kolega odgajatelja, a u manjoj mjeri imaju podršku suradnje sa stručnjacima za mentalno zdravlje djece izvan vrtića što je još jedan od aspekata koji se može uzeti u obzir za promociju i zaštitu mentalnog zdravlja djece. Najniže prosječne rezultate s najširim rasponom nalazimo u rezultatima četvrte dimenzije skale u procjeni provođenja zaštite mentalnog zdravlja unutar ustanove u kojoj su zaposleni pa se tako u većoj mjeri slažu da se potiče aktivna uključenost odgajatelja, ali u manjoj mjeri da stručni suradnici osmišljavaju aktivnosti u zaštiti mentalnog zdravlja djece što je još jedan od rezultata koji govori o oskudnim stručnim aktivnostima usmjerenim na promociju i zaštitu mentalnog zdravlja djece u ustanovama za rani i predškolski odgoj i obrazovanje.

Sukladno suvremenim istraživanjima (Nazor 2012; Boričević Maršanić i sur. 2017; Scharf i suradnici 2016; Milić Babić i suradnici 2013) većina odgajatelja (11) zaštitu mentalnog zdravlja definira kroz prepoznavanje, prevenciju i pomoć djeci s teškoćama mentalnog zdravlja što pretpostavlja višu razinu zdravstvene pismenosti. Međutim, razina zdravstvene pismenosti na području mentalnog zdravlja u suvremenim je istraživanjima niska (Mulić, Jovičić Burić i Vulić Prtorić 2015), naglašava se nedostatak znanja, usavršavanja i edukacija odgojno-obrazovnih djelatnika, što potvrđuju i rezultati ovog istraživanja. Najveći broj odgovora odgajatelja iz kvalitativnog dijela istraživanja (5) o definiciji mentalnog zdravlja

govori kako je ono psihičko ili psihofizičko zdravlje gledajući na teškoće većinom (12) kao emocionalne. U percepciji svoje uloge u pružanju podrške djecima i roditeljima, unutar kvalitativnog istraživanja, odgajatelji naglašavaju važnost dobrobiti djeteta, pozitivnog i poticajnog okruženja za dijete, važnost savjetovanja i podrške roditeljima osvrćući se tako na sve elemente modernog poimanja djeteta i djetinjstva u skladu s *Nacionalnim kurikulumom za rani i predškolski odgoj i obrazovanje* (2014:14) u kojem stoji da „*ta polazišta, vrijednosti, načela i ciljevi predstavljaju okosnicu oblikovanja odgojno-obrazovnog procesa i kurikuluma svakog vrtića, kao i sustava ranog i predškolskog odgoja u cjelini*“.

Svi rezultati u ovom istraživanju upućuju na važnost sustavnije edukacije i cjeloživotnog obrazovanja odgajatelja na polju mentalnog zdravlja djece, važnost ostvarivanja kvalitetne i kontinuirane suradnje odgajatelja i stručnih suradnika te naposljetku odgajatelja i djece i roditelja, a sve s glavnim ciljem postizanja maksimalne dobrobiti za dijete i uspješne pomoći roditelju.

6. LITERATURA

1. Antolić, B., Novak, M. (2016). *Promocija mentalnog zdravlja: Temeljni koncepti i smjernice za roditeljske i školske programe*. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Hrvatska
2. Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za psihičke poremećaje, peto izdanje (DSM-5)*. Naklada Slap
3. Arbanas, G. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za psihičke poremećaje, peto izdanje (DSM5) - novosti i tendencije*. Knjiga sažetaka 6. psihijatrijskog kongresa s međunarodnim sudjelovanjem Hrvatska psihijatrija u kontekstu etičko-pravnih i društvenih propitivanja. Zagreb: Hrvatsko psihijatrijsko društvo, str. 93-93
4. Basanić Čuš, N., Milotti Ašpan, S., Rajčević Kazalac, M. (2012). *Projektni rad u zajednici na unaprjeđenju mentalnog zdravlja u općoj populaciji*. U Božićević V., Brlas S., Gulin M. (2012). *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja*. ZZJZ Sveti Rok Virovitičko-podravske županije, Virovitica
5. Bašić, J. (2000). *Rizični i zaštitni čimbenici u razvoju poremećaja u ponašanju djece i mladeži: teorijsko motrište*. Rizični i zaštitni čimbenici u razvoju poremećaja u ponašanju djece i mladeži. Zagreb: Povjerenstvo Vlade Republike Hrvatske za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladeži i zaštitu djece s poremećajima u ponašanju, 31-45
6. Bašić, J., Koller-Trbović, N., Uzelac, S. (2004). *Poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja: pristupi i pojmovna određenja*. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.
7. Bašić, J. (2008). *Kompetentnost odgajatelja i prevencija rizičnih ponašanja djece u predškolskim ustanovama*. Odsjek za poremećaje u ponašanju. Edukacijsko rehabilitacijski fakultet: Sveučilište u Zagrebu
8. Boričević Maršanić, V., Zečević, I., Paradžik, Lj. i Karapetrić Bolfan Lj. (2017). *Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim*

ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba - rezultati probnog projekta. Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb; Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Medicinski fakultet u Osijeku, Osijek, Hrvatska

9. Bouillet, D. (2011). *Kompetencije odgojitelja djece rane i predškolske dobi za inkluzivnu praksu.* Pedagoški istraživanja. 8 (2)
10. Božićević V., Brlas S., Gulin M. (2011). *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. Prijedlog smjernica za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja.* ZZJZ Sveti Rok Virovitičko-podravske županije, Virovitica
11. Božićević V., Brlas S., Gulin M. (2012). *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja.* ZZJZ Sveti Rok Virovitičko-podravske županije, Virovitica
12. Brlas, S. i Gulin, M. (ur.) (2010.): *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja*, ZZJZ Sveti Rok Virovitičko-podravske županije, Virovitica
13. Burke, J., Onwuegbuzie, A.J., Turner, L.A. (2007). *Toward a Definition of Mixed Methods Research.* Journal of Mixed Methods Research. Volume 1 Number 2. Pribavljeno 20.08.2019. https://www.researchgate.net/publication/235413072_Toward_a_Definition_of_Mixed_Methods_Research_Journal_of_Mixed_Methods_Research_1_112-133
14. Čugalj, J., Koren-Mrazović, M. (2000.) *Obilježja djece i obitelji obuhvaćene preventivnim programom u Međimurskoj županiji uz prikaz poduzetih zaštitnih mjera.* U: Bašić, J., Janković, J. (eds.). *Rizični i zaštitni čimbenici u razvoju poremećaja u ponašanju djece i mladeži.* Zagreb: Povjerenstvo Vlade Republike Hrvatske za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladeži i zaštitu djece s poremećajima u ponašanju, str. 245-260.
15. *Državni pedagoški standard predškolskog odgoja i naobrazbe* (NN 63/08 i 90/10).
16. Gligora, H. (2012). *Psiholozi i promicanje mentalnog zdravlja.* U Božićević i sur. (2012). *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja.* ZZJZ Sveti Rok Virovitičko-podravske županije, Virovitica
17. Gulin, M. (2012). *Rano prepoznavanje problema mentalnog zdravlja kod djece i mladih i psihološka intervencija.* U: Božićević i sur.(2012). *Psihologija u zaštiti*

mentalnog zdravlja (124-136). Virovitica: Zavod za javno zdravstvo "Sveti Rok" Virovitičko-podravske županije

18. Gurdon, I. (1997). *Teze za radionicu: „Kako do roditelja partnera u odgojno-obrazovnom procesu?“*, U: *INOVACIJSKI PRISTUPI-KORAK BLIŽE DJETETU*, ZBORNIK radova povodom 150 godina predškolskog odgoja u gradu Rijeci. Rijeka: Adamić
19. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2008). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*. Deseta revizija. Svezak 1. Medicinska naklada Zagreb. Pribavljeno 31.07.2019. sa
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44081/9789241547666_hrv.pdf;jsessionid=91A778067FA0040715D83CBBD6D3720F?sequence=1
20. Jurčević-Lozančić, A. (2011). *Teorijski pogledi na razvoj socijalne kompetencije predškolskog djeteta*. Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
21. Kunstek, M. (2007). *Kvaliteta suradnje vrtića i roditelja*. U: Partnerstvo s roditeljima, 13. DANI PREDŠKOLSKOG ODGOJA ŽUPANIJE SPLITSKO-DALMATINSKE, Omiš.
22. Kuzman, M. (2010). *Predgovor* U Brlas, S. i Gulin, M. (ur.) (2010.): *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja*. ZZJZ Sveti Rok Virovitičko-podravske županije, Virovitica
23. Kuzman, M. (2012). *Intersektorska suradnja u zaštiti mentalnog zdravlja mladih* U Božićević V., Brlas S., Gulin M. (2012). *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja*. ZZJZ Sveti Rok Virovitičko-podravske županije, Virovitica
24. Ljubešić, M. (2012). *Roditeljske vještine i rana interakcija te rana intervencija u zajednici*. U Božićević i sur. (2012). *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja* (75-86). Virovitica: Zavod za javno zdravstvo "Sveti Rok" Virovitičko-podravske županije
25. Ljubetić, M. (2014). *Od suradnje do partnerstva obitelji, odgojno – obrazovne ustanove i zajednice*. Zagreb: Element d.o.o.

26. Mihić J., Bašić J. (2008). *Preventivne strategije - eksternalizirani poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja djece i mladih*. Sveučilište u Zagrebu. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Odsjek za poremećaje u ponašanju
27. Milić Babić, M., Franc, I., Leutar, Z. (2014). *Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju*. Ljetopis socijalnog rada, 20(3), 453-480.
28. Mirković, B. (2015). *Teorijske osnove miks-metodskih istraživanja u evaluaciji informacionih sistema*. Pribavljeno 25.07.2019. sa <https://infoteh.etf.ues.rs.ba/zbornik/2015/radovi/RSS-1/RSS-1-4.pdf>
29. Mlinarević V. i Marušić K. (2005). *Prava djeteta i njihovo oživotvorenje u sustavu predškolskog odgoja i obrazovanja*. Život i škola, Časopis za teoriju i praksu odgoja i obrazovanja br. 14, Osijek: Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet i Visoka učiteljska škola, 29-40
30. Muslić, Lj., Markelić, M., Vulić-Prtorić, A., Ivasović, V., Jovičić Burić, D. (2015). *Zdravstvena pismenost odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih*. Istraživanje prepoznavanja depresivnosti i spremnosti na pružanje podrške i pomoći. Projekt „Živjeti zdravo“. Služba za promicanje zdravlja. Referentni centar Ministarstva zdravstva za promicanje zdravlja. HZJZ
31. *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020* .(2012) Pribavljeno 03.09.2019. sa <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Skracena%20Nacionalna%20strategija%20razvoja%20zdravstva%20-%20HRV%20-%20za%20web.pdf>
32. *Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine* (2010). Pribavljeno 03.09.2019. sa <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//2016/Sjednice/Arhiva//79-4.pdf>
33. *Nacionalni kurikulum za rani i predškolski odgoj i obrazovanje* (2014). Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta Republike Hrvatske
34. Nenadić-Biljan, D. (1997) *Jedan aspekt suradnje odgojitelja i roditelja U: Inovacijski pristupi-korak bliže djetetu*, zbornik radova povodom 150 godina predškolskog odgoja u gradu Rijeci. Rijeka: Adamić

35. Novak M., Bašić J. (2008). *Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: Obilježja i mogućosti prevencije*. Sveučilište u Zagrebu. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Odsjek za poremećaje u ponašanju
36. Novak, M., Petek, A. (2015). *Mentalno zdravlje kao politički problem u Hrvatskoj*. Sveučilište u Zagrebu Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet
37. Nutbeam, Don. (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. Health promotion international, Oxford University Press 2000, Vol. 15, No. 3
38. Pećnik N. (ur) (2013). *Kako roditelji i zajednice brinu o djeci najmlađe dobi u Hrvatskoj*. Zagreb:Ured UNICEF-a za Hrvatsku.
39. Pernar, M., Frančišković, T. (2008). *Psihološki razvoj čovjeka*. Medicinski fakultet Sveučilište u Rijeci
40. Petz, B. (ur.) (2005.): *Psihologijski rječnik, drugo izmijenjeno i dopunjeno izdanje*. Naklada Slap, Jastrebarsko
41. *Program zdravstvene zaštite djece, higijene i pravilne prehrane djece u dječjim vrtićima* (2002). NN 105/2002 . Ministarstvo zdravstva
42. *Programsko usmjerenje odgoja i obrazovanja djece predškolske dobi* (1991). Glasnik Ministarstva prosvjete i kulture, broj 7/8
43. Rosić, V. (2005) *Odgoj – obitelj – škola*. Rijeka: Žagar.
44. Rusijan Ljuština, V. (2012). *Dječji vrtić i mentalno zdravlje djece – iskustva i preporuke*. U Božićević i sur. *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja* (94-99). Virovitica: Zavod za javno zdravstvo "Sveti Rok" Virovitičko-podravske županije
45. Sammons, P. (2010.). *Does pre-school make a difference? Identifying the impact of pre-school on children's cognitive and social behavioral development at different ages* (92-113) U: Sylva i sur. *Early Childhood Matters: Evidence from the Effective Pre-school and Primary Education project*, Routledge, Taylor & Francis Group, Vol.37(1), 320-342
46. Schar i sur. (2016). *Developmental Milestones. Pediatrics in Review*.
47. Sekol, I., Maurović, I. (2017). *Miješanje kvantitativnog i kvalitativnog istraživačkog pristupa u društvenim znanostima – miješanje metoda ili*

metodologija?. Sveučilište u Zagrebu. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Odsjek za poremećaje u ponašanju

48. Skupnjak, D. (2012). *Teorija razvoja i učenja L. Vygotskog, U. Bronfenbrennera i R. Feuersteina*. Život i škola, br.28
49. Sorta-Bilajac Turina, I. (2019). *Zdravstvena pismenost*.
Pribavljeno 25.07.2019. sa <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/89/pismenost.htm>
50. Starc, B., Čudina-Obradović, M., Pleša, A., Profaca, B. i Letica, M. (2004.) *Osobine i psihološki uvjeti razvoja djeteta predškolske dobi: priručnik za odgojitelje, roditelje i sve koji odgajaju djecu predškolske dobi*. Zagreb: Golden marketing – Tehnička knjiga
51. Swick, J. (1991). *Teacher-parent partnerships to enhance school success in early childhood education*. Washington, D.C.: A Joint Publication of National Education Association Southern Association on Children Under Six (Division for Development)
52. World Health Organization (2013). *Investing in mental health: Evidence for action*.
Pibavljeno 1.05.2019. sa
https://www.who.int/mental_health/publications/financing/investing_in_mh_2013/en/

7. PRILOZI

Prilog 1: Upitnik

Poštovani/e odgojitelji/ice,

pred Vam se nalazi upitnik koji ispituje neke relevantne aspekte zaštite mentalnog zdravlja djece u profesionalnom djelokrugu odgajatelja. Molimo vas da iskreno odgovorite na pitanja.

Istraživanje je *dobrovoljno i anonimno*, te u svakom trenutku možete odustati. Provođi se u okviru izrade diplomskog rada na studiju Rani i predškolski odgoj i obrazovanje Učiteljskog fakulteta u Rijeci pod mentorstvom izv.prof.dr.sc. Sanje Skočić Mihić. Rezultati će biti korišteni isključivo za potrebe rada i bit će Vam dostupni na upit. Za povratne informacije ili dodatne informacije o istraživanju molim upit na mail adresu: dianorah6@gmail.com Kristina Babić Milih, diplomantica

Dob: _____ Spol: Ž M Godine staža kao odgajatelj: _____ Položajno zvanje: _____

Stupanj obrazovanja: ☐ Srednja škola ☐ Preddiplomski studij ☐ Diplomski studij ☐

Drugo _____

Jeste li *tijekom studija* slušali teme u kolegiju ili kolegije u kojima ste učili o mentalnom zdravlju djece? DA NE Navedite kolegij/e:

Jeste li *tijekom stručnih usavršavanja* sudjelovali u edukacijama u kojima ste učili o mentalnom zdravlju djece? DA NE Navedite koje:

Jeste li *pohađali / pohađate* li psihoterapijsku edukaciju? DA NE Navedite koje:

Održavam individualne konzultacije s roditeljima. DA NE Koliko često?

Kako bi definirali mentalno zdravlje? Mentalno zdravlje je / odnosi se na

Kako razumijete pojam zaštite mentalnog zdravlja?

Opišite teškoće mentalnog zdravlja kod djece rane i predškolske dobi.

Imate li iskustva u radu s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja? DA NE

Imate li trenutno u skupini djeteta / djecu teškoćama mentalnog zdravlja? DA NE

*Imate li podršku stručnog tima u radu s djecom s teškoćama mentalnog zdravlja?
DA NE*

*Ako da, navedite stručnjaka/ke koji su Vam pružali podršku i za koje potrebe djeteta
s teškoćama mentalnog zdravlja?*

Molimo procijenite svoje slaganje s navedenim tvrdnjama na ljestvici od 1- uopće ne, 2- u manjoj mjeri, 3- osrednje, 4-u većoj mjeri, 5-u potpunosti

<i>Preventivno i kurativno postupati u zaštiti mentalnog zdravlja djece kompetentni su ...</i>					
... odgajatelji.	1	2	3	4	5
... pedagozi.	1	2	3	4	5
...psiholozi.	1	2	3	4	5
... edukacijski rehabilitatori.	1	2	3	4	5
<i>Smatram se osposobljenim za promociju i zaštitu mentalnog zdravlja djece ...</i>					
... tijekom studija.	1	2	3	4	5
... tijekom profesionalnog razvoja (stručna usavršavanja).	1	2	3	4	5
... samostalnim učenjem o ovoj temi (čitanje stručne literature, sudjelovanje na javnim predavanjima, pohađanjem edukacija koje sam sam našao i plaćao,...).	1	2	3	4	5
...dostupnim savjetima stručnjaka na radnom mjestu i izvan njega	1	2	3	4	5
<i>U zaštiti mentalnog zdravlja djece imam kvalitetnu ...</i>					
... institucionalnu podršku u vrtiću.	1	2	3	4	5
... suradnju sa stručnim suradnicima.	1	2	3	4	5
... suradnju sa stručnjacima za mentalno zdravlje djece izvan vrtića.	1	2	3	4	5
... suradnju s roditeljima.	1	2	3	4	5
... podršku ostalih kolega odgajatelja.	1	2	3	4	5
...podršku kroz grupni rad (supervizijske grupe, grupe za refleksiju, ...).	1	2	3	4	5
<i>U ustanovi ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja u kojoj sam zaposlen</i>					
... potiče se aktivna uključenost roditelja.	1	2	3	4	5
... redovito se organiziraju različite aktivnosti rada koje uključuje aktivno sudjelovanje roditelja.	1	2	3	4	5
... promiče se dijalog s roditeljima o pitanjima mentalnog zdravlja.	1	2	3	4	5
...njeguje se ozračje otvorenog razgovora o mentalnom zdravlju djece.	1	2	3	4	5
... mentalno zdravlje je „tabu“ tema .	1	2	3	4	5
... stručni suradnici osmišljavaju se aktivnosti u zaštiti mentalnog zdravlja djece.	1	2	3	4	5
... odgajatelji osmišljavaju se aktivnosti u zaštiti mentalnog zdravlja djece.	1	2	3	4	5
... posvećuje se potrebna pozornost zaštiti mentalnog zdravlja djece.	1	2	3	4	5

Navedite izazove iz prakse odgojno-obrazovnog rada s kojima se srećete u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece u ustanovama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja. Što smatrate osobitim izazovom u Vašem profesionalnom djelovanju?

Navedite smjernice koje bi ustanova trebala imati u definiranju uloga djelatnika vrtića (odgajatelja, stručnih suradnika i drugih) u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece u ustanovama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja.

Prijedlozi ili komentari:

Zahvaljujemo se na sudjelovanju u istraživanju. ☺

Prilog 2: Polustrukturirani intervju

1. Odgajateljska percepcija teškoća mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi.
 - a) Opišite ponašanja koja su prema Vašem mišljenju pokazatelji teškoća mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi.
 - b) Prema vašem mišljenju, koji su to rizični čimbenici koji mogu utjecati na pojavu teškoća mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi.
 - c) Prema vašem mišljenju, koji su to zaštitni čimbenici mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi.
 - d) Prema vašem mišljenju, postoji li skupina djece koja ima veći rizik za teškoće mentalnog zdravlja?
2. Odgajateljska percepcija profesionalne uloge u pružanju podrške djeci i roditeljima u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja
 - a) Opišite ulogu odgajatelja u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi
 - b) Opišite ulogu odgajatelja u pružanju podrške djeci i roditeljima u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja
 - c) Opišite izazove u praksi rada s kojima se srećete u ostvarivanju svoje uloge.
3. Odgajateljska percepcija osposobljenosti i kompetencija u pružanju podrške djeci i roditeljima u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja i dostupne podrške stručnjak za zaštitu mentalnog zdravlja
 - a) Smatrate li se kompetentnima za prepoznavanje rizičnih čimbenika koji mogu utjecati na pojavu ili ste već uočili znakove teškoća mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi? Jeste li se našli u situaciji da ste prepoznali rizične čimbenike koji mogu utjecati na pojavu ili ste već uočili znakove teškoća mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi? Kako ste postupili? S kim ste razgovarali? Jeste li smatrali potrebnim ukazati roditelju na prisutnost teškoća mentalnog zdravlja?
 - b) Smatrate li se kompetentnima pružiti roditeljima podršku u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja njihova djeteta? Koja su iskustva u praksi? Koji izazovi?
 - c) Što je prema vašem mišljenju doprinijelo osjećaju kompetentnosti prilikom savjetovanja roditelja, uključujući i roditelje djece s narušenim mentalnim zdravljem : edukacija/radni staž/podrška ustanove/na koji način?
 - d) Imate li dostupnu podršku stručnog suradnika/ stručnjak za zaštitu mentalnog zdravlja u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja djece rane i predškolske dobi na radnom mjestu? Smatrate li da je važno osigurati odgajateljima podršku stručnjaka u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja? Koje su mogućnosti u praksi? Što je realno, a što bi bilo idealno?

